

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

MARJORIE LABERGE

TRACAS QUOTIDIENS, ANXIÉTÉ PHYSICO-SOCIALE, ESTIME DE SOI ET
STRATÉGIES D'ADAPTATION CHEZ DES ADOLESCENTS ACNÉIQUES.

MAI 1998

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Cette recherche s'insère dans le cadre de la problématique stress–facteurs de protection–détresse à l'adolescence, laquelle suscite un intérêt croissant depuis plus d'une dizaine d'années, et ce en raison de l'impact négatif que peut entraîner le stress dans la vie d'une personne. Plus spécifiquement, la période de l'adolescence suscite de nombreux changements normatifs (transformations corporelles, transition primaire–secondaire, quête d'identité) et non normatifs (tracas quotidiens, événements existentiels) susceptibles d'occasionner du stress, notamment chez les jeunes atteints d'acné. En effet, il semble que l'acné, en tant que manifestation pubertaire typique, risque d'entraîner des difficultés telles une faible estime de soi, de l'embarras et une préoccupation excessive à l'égard de l'apparence physique (Poyner, 1997). La présente recherche porte sur des adolescents acnéiques. Le groupe clinique ($n = 36$ acnéiques) a été recruté par l'intermédiaire de dermatologues, le groupe contrôle ($n = 37$ non acnéiques), au sein de deux polyvalentes. L'ensemble des sujets (âge moyen de 14 ans) ont complété six questionnaires: Renseignements Généraux, Tracas Quotidiens (Bobo, Gilchrist, Elmer, Snow & Schinke, 1986), Anxiété Physico-Sociale (Hart, Leary & Rejesky, 1989), Apparence Physique (Marsh, 1990), Estime de Soi (Harter, 1988) et Stratégies d'Adaptation (Patterson & McCubbin, 1983). En regard d'une revue de littérature, quatre hypothèses ont été émises. La première propose que par rapport aux adolescents non acnéiques, les adolescents

acnéiques ont plus de tracasseries quotidiennes et les jugent plus embarrassantes, vivent davantage d'anxiété physico-sociale, présentent une plus faible estime d'eux-mêmes, utilisent des stratégies d'adaptation plus diversifiées et ont davantage recours au *coping* social. La seconde suggère que comparativement à l'ensemble des garçons, les filles expérimentent plus de tracasseries et les jugent plus embarrassantes, vivent davantage d'anxiété, présentent une plus faible estime d'elles-mêmes, utilisent des stratégies adaptatives plus diversifiées et ont davantage recours au *coping* social. La troisième propose que le stress entretient une relation positive avec la détresse et que tous deux sont négativement reliés avec les facteurs protecteurs, ceci pour les groupes clinique et contrôle. Enfin, la quatrième propose que l'estime de soi et le *coping* social jouent le rôle de facteurs protecteurs dans la relation stress-détresse et ce pour l'ensemble des sujets. Les analyses statistiques révèlent que les sujets acnéiques vivent effectivement plus de tracasseries quotidiennes que ceux non acnéiques, alors qu'aucune différence significative n'est observée quant à l'anxiété et à l'estime de soi. Par ailleurs, les filles rapportent un degré d'anxiété physico-sociale significativement plus élevé que les garçons, mais ne se différencient pas de ceux-ci sur les autres variables à l'étude. Enfin, tel qu'attendu, le lien stress-détresse est démontré tant pour les groupes clinique et contrôle, contrairement au rôle protecteur de l'estime de soi et du *coping* social pour lesquels les analyses statistiques se sont avérées non significatives. À la lueur de ces résultats, des pistes d'intervention et de recherche auprès des jeunes atteints d'acné sont exposées au sein de la discussion, de même qu'une autocritique du projet.

Tables des matières

LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES FIGURES.....	VIII
REMERCIEMENTS.....	IX
INTRODUCTION.....	1
CONTEXTE THÉORIQUE.....	4
1.1 TÂCHES DÉVELOPPEMENTALES OU STRESS NORMATIF À L' ADOLESCENCE.....	5
1.2 LE STRESS	9
<i>1.2.1 Tracas quotidiens et événements de vie.....</i>	<i>11</i>
<i>1.2.2 Impact du stress sur la santé physique et psychologique</i>	<i>13</i>
1.3 L' ANXIÉTÉ PHYSICO-SOCIALE	16
1.4 L' ACNÉ.....	19
<i>1.4.1 Étiologie biologique et incidence de l'acné</i>	<i>19</i>
<i>1.4.2 Relation entre le stress et l'acné</i>	<i>21</i>
1.5 FACTEURS DE PROTECTION	23
<i>1.5.1 L' estime de soi</i>	<i>24</i>
<i>1.5.2 Les stratégies de coping</i>	<i>30</i>
1.6 SCHÈME EXPÉRIMENTAL	38
<i>1.6.1 Hypothèses de recherche</i>	<i>38</i>

MÉTHODE.....	40
2.1 SUJETS	41
2.2 INSTRUMENTS DE MESURE	44
2.2.1 <i>Instrument complété par les dermatologues.....</i>	44
2.2.2 <i>Instruments complétés par l'ensemble des sujets.....</i>	45
2.3 DÉROULEMENT	53
RÉSULTATS.....	55
3.1 L'ANALYSE DES DONNÉES	56
3.2 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	60
3.2.1 <i>Comparabilité des Groupes Clinique et Contrôle</i>	61
3.2.2 <i>Fiabilité des instruments de mesure.....</i>	63
3.2.3 <i>Hypothèse de comparaison des groupes clinique et contrôle.....</i>	64
3.2.4 <i>Hypothèse des différences sexuelles.....</i>	67
3.2.5 <i>Hypothèse du lien stress–facteurs protecteurs–détresse.....</i>	69
3.2.6 <i>Rôle protecteur de l'estime de soi et du coping social dans la relation</i> <i>stress-détresse</i>	73
3.2.7 <i>Principaux tracasseries quotidiens et principales stratégies d'adaptation des</i> <i>adolescents (N = 73).....</i>	75
DISCUSSION	81
4.1 HYPOTHÈSES DE RECHERCHE	82

4.2 PRINCIPAUX TRACAS QUOTIDIENS ET PRINCIPALES STRATÉGIES D'ADAPTATION DES ADOLESCENTS	96
4.3 AUTOCRITIQUE DE LA PRÉSENTE ÉTUDE	98
4.4 PERSPECTIVES D'AVENIR	102
CONCLUSION.....	104
RÉFÉRENCES	109
APPENDICES	124
APPENDICE A	125
APPENDICE B	127
APPENDICE C	129
APPENDICE D	131
APPENDICE E	133
APPENDICE F	136
APPENDICE G	137

Liste des tableaux

TABLEAU 1: COMPARAISON DES GROUPES CLINIQUE ET CONTRÔLE	62
TABLEAU 2: COHÉRENCE INTERNE DES INSTRUMENTS DE MESURE.....	64
TABLEAU 3: MOYENNES, ÉCARTS-TYPES ET DIFFÉRENCES DE MOYENNES EN FONCTION DES GROUPES CLINIQUE ET CONTRÔLE SUR CHACUNE DES VARIABLES.....	65
TABLEAU 4: MOYENNES, ÉCART-TYPES ET DIFFÉRENCES SEXUELLES SUR CHACUNE DES VARIABLES	68
TABLEAU 5: CORRÉLATIONS ENTRE LES MESURES DE STRESS, DE DÉTRESSE ET DE FACTEURS PROTECTEURS POUR LE GROUPE CLINIQUE ($N = 36$)	70
TABLEAU 6: CORRÉLATIONS ENTRE LES MESURES DE STRESS, DE DÉTRESSE ET DE FACTEURS PROTECTEURS POUR LE GROUPE CONTRÔLE ($N = 37$)	72

Liste des figures

<i>FIGURE 1. RÔLE PROTECTEUR DE L'ESTIME DE SOI DANS LA RELATION STRESS-DÉTRESSE</i>	74
<i>FIGURE 2. RÔLE PROTECTEUR DU COPING SOCIAL DANS LA RELATION STRESS-DÉTRESSE</i>	74
<i>FIGURE 3. PRINCIPAUX TRACAS QUOTIDIENS DES ADOLESCENTS.....</i>	77
<i>FIGURE 4. PRINCIPAUX TRACAS QUOTIDIENS DES ADOLESCENTS.....</i>	78
<i>FIGURE 5. PRINCIPALES STRATÉGIES D'ADAPTATION DES ADOLESCENTS.</i>	79
<i>FIGURE 6. PRINCIPALES STRATÉGIES D'ADAPTATION DES ADOLESCENTS.</i>	80

Remerciements

Je tiens à remercier Mme Michelle Dumont, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, directrice de ce mémoire, pour son expertise, son écoute, son précieux soutien et son assistance constante et éclairée. Il m'est également indispensable d'exprimer ma gratitude aux Docteurs Yves Trépanier, Louis-Denis Beaudet et Bernard Delisle qui, de par leur dévouement et leur assiduité, sont parvenus à recruter les sujets cliniques indispensables à la réalisation de cette étude. Enfin, je désire remercier M. Jacques Francoeur et Mme Lise Fleury de la commission scolaire de Brossard, pour m'avoir permis d'effectuer ma cueillette de données auprès d'adolescents des polyvalentes Pierre Brosseau et Antoine Brossard, de même que M. Maurice Gaudreault pour le traitement statistique des données.

Introduction

Depuis la seconde moitié du 20^{ème} siècle, le stress constitue un domaine de recherche de plus en plus exploité en raison de ses conséquences néfastes sur la santé. Plus spécifiquement, au cours des dernières années, les efforts de recherche ont porté sur l'évaluation du lien stress–facteurs protecteurs–santé. À cet égard, la plupart des chercheurs s'entendent pour dire que l'impact du stress sur la santé psychologique d'un individu varie en fonction de ses ressources personnelles (p. ex. santé physique, estime de soi, stratégies d'adaptation) et environnementales (soutien social et familial) (Cohen & Wills, 1985; Dohrenwend & Dohrenwend, 1981; Garmezy, 1983; Plancherel, Bolognini & Nunez, 1994; Wheaton, 1985). En effet, il semble que la présence de ces ressources pourrait atténuer l'impact négatif des différents stressseurs sur la santé (Plancherel et al., 1994), d'où leur vocable commun de *facteurs protecteurs*.

La période de l'adolescence est particulièrement intéressante pour étudier le phénomène du stress. En effet, lors de la transition enfance–vie adulte, d'importants changements normatifs (physiques, cognitifs et socio-affectifs), de même que des stressseurs non normatifs, particulièrement les *tracas quotidiens* (demandes irritantes caractérisant à un degré variable les interactions de tous les jours avec l'environnement; Lazarus & Folkman, 1984) surviennent et sont susceptibles de générer des problèmes psychologiques ou somatiques (Compas, 1987). Or, entre autres stressseurs typiques de la période de l'adolescence se retrouve

l'*acné*, variable-clé de la présente étude. Cette manifestation pubertaire constitue une source de stress non négligeable puisqu'elle est susceptible d'entraîner des difficultés psychosociales, les adolescents accordant une importance capitale à leur apparence physique et à l'opinion de leurs pairs à cet égard. De plus, le stress peut également exacerber les lésions acnéiques (Ricard, 1995).

Étonnamment, peu de chercheurs se sont penchés sur l'impact de l'*acné* à l'adolescence. C'est pourquoi la présente recherche se propose d'étudier les dimensions de stress (tracas quotidiens), de détresse psychologique (anxiété physico-sociale) et de facteurs protecteurs (estime de soi et stratégies de *coping*) chez des adolescents acnéiques en comparaison avec des adolescents non acnéiques et ce afin de mieux cerner les difficultés que peut entraîner l'*acné*, de même qu'identifier les ressources personnelles pouvant aider à y faire face. Le contenu de ce mémoire est divisé en quatre chapitres distincts: *Contexte théorique*, *Méthode*, *Résultats* et *Discussion*. Le premier se veut une synthèse de la documentation scientifique relative au thème de l'*acné* ainsi qu'aux variables de stress, de détresse et de facteurs protecteurs. La présentation des hypothèses de travail termine cette première partie. Le second chapitre détaille l'échantillon et l'ensemble des instruments de mesure utilisés en plus du déroulement de la recherche. Le troisième chapitre expose les résultats obtenus et le type d'analyses statistiques effectuées. Enfin, le dernier présente une analyse de ces résultats de même que les limites et retombées possibles de cette étude.

Contexte théorique

Ce premier chapitre a pour but d'étudier la relation entre des micro-stresseurs de la vie quotidienne, l'anxiété physico-sociale et des facteurs protecteurs (estime de soi et stratégies de *coping*) chez des adolescents atteints d'acné. La recension des écrits qui suit permet d'éclairer le lecteur sur la nature de ces variables et leurs relations, et par le fait même, sur l'importance de cette recherche. La période de l'adolescence et l'impact des tâches développementales sur le bien-être des jeunes font l'objet de la première section tandis que la seconde est vouée au lien stress-détresse, particulièrement aux répercussions qu'entraînent les tracas quotidiens sur la santé. Puis, les thèmes de l'anxiété physico-sociale et de l'acné sont explicités et enfin, l'estime de soi et les stratégies d'adaptation sont détaillées afin de saisir pleinement leur rôle protecteur contre les effets nocifs du stress sur la santé des adolescents.

1.1 Tâches développementales ou stress normatif à l'adolescence

Le terme « adolescence » provient du mot latin « *adolescere* » qui signifie « grandir vers ». L'adolescence est effectivement une période de croissance. Erikson (1972) la caractérise comme « le pivot du développement de l'individu ». Par ailleurs, Dolto (1988) la qualifie de « passage déterminant », parsemé d'épreuves à franchir, de crises à résoudre et conduisant optimalement à l'autonomie.

L'adolescence est une période particulièrement importante pour étudier le stress et ses répercussions sur l'individu. Depuis les théories développementales traditionnelles, elle est perçue comme une étape turbulente: Hall (1904) la qualifie de période de «storm and stress» et Erikson (1972) y associe le concept de «crise d'identité». En effet, à l'adolescence, les jeunes vivent des changements normatifs ou tâches développementales dans les différents aspects de leur développement individuel (sphères biologique, cognitive et psychologique), de même que dans la plupart des contextes sociaux majeurs (groupe de pairs, famille et société en général) (Petersen, 1987). Or, ces changements, bien que normatifs, sont générateurs de stress et donc susceptibles de mener à des problèmes psychologiques ou physiologiques (Petersen, Kennedy & Sullivan, 1991).

Fort heureusement, ce ne sont pas tous les adolescents qui répondent négativement aux tâches développementales (Petersen et al., 1991); pour certains, elles représentent de stimulants défis. En fait, la majorité font face avec succès aux changements physiologiques, sociaux, cognitifs et émotionnels. Il semble que cette façon de réagir au stress soit attribuable aux facteurs de protection (ressources individuelles pour faire face aux stressseurs) (Petersen et al., 1991), objets d'une section ultérieure au sein du présent ouvrage.

Le passage de l'enfance à l'adolescence et celui à la vie adulte circonscrivent la période de l'adolescence. Bien qu'on s'accorde généralement pour situer cette période développementale entre 12 et 18 ans (Cloutier & Renaud, 1990), tous les auteurs n'adhèrent pas à cette définition. L'absence d'unanimité quant à la tranche d'âge délimitant l'adolescence

tire probablement ses origines des différences individuelles observées quant à l'âge d'apparition de la puberté et quant à celui de l'atteinte de l'autonomie par rapport à l'influence parentale, rarement acquise avant le début de la vingtaine (Cloutier & Renaud, 1990). Entre autres, Barks (1995) soutient que l'adolescence est divisée en trois tranches d'âges caractérisées par une tâche développementale spécifique: l'*early adolescence* ou *préadolescence*, qui s'étale entre 10 et 14 ans et caractérisée par la transition primaire–secondaire; la *middle adolescence*, située entre 15 et 17 ans et distincte en raison de l'importance accordée aux pairs, ainsi que la *late adolescence*, située entre 18 et 22 ans et se différenciant des deux périodes précédentes par la séparation d'avec les parents. Ces divisions sont selon nous discutables. En effet, étendre la période de l'adolescence jusqu'à l'âge de 22 ans semble extrapolé, tout individu étant généralement considéré «adulte» dès 21 ans et plus spécifiquement au Québec dès 18 ans, si on se réfère au critère du droit de vote. En revanche, Bolognini, Plancherel, Nunez et Bettschart (1994), après une recension des écrits, distinguent l'*adolescence* de la *préadolescence* et présentent une division à notre avis plus réaliste. Ils situent la *préadolescence* entre 11 et 15 ans et lui attribuent un statut particulier en raison de l'apparition de la maturation pubertaire, étape cruciale dans le développement humain. À la lueur de ces deux points de vue et tenant compte du manque d'unanimité explicité ci-haut, dans la présente étude, comme les sujets sont âgés entre 13 ans et 6 mois et 16 ans, les termes *adolescence* et *préadolescence* ne seront pas distingués, ces deux périodes se chevauchant.

L'adolescence constitue une étape dans le développement humain et est par conséquent inévitable. Or, tel que mentionné précédemment, les changements propres à cette période peuvent être décrits en termes de tâches développementales ou stress normatifs. Parmi celles-ci, on retrouve l'ajustement aux changements corporels (maturation des organes sexuels, apparition des caractères sexuels secondaires et poussée de croissance; Petersen, 1987), l'émergence de nouvelles structures cognitives (apparition de la pensée hypothético-déductive et du raisonnement formel permettant à l'individu de réfléchir sur des propositions abstraites; Piaget, 1964) intrinsèquement reliées à la transition primaire-seconde, la quête d'identité, marquée par l'intensification des rôles sexuels (les garçons et les filles se forment une perception d'eux-mêmes et s'engagent dans des activités propres à leur sexe; Eccles et al., 1989), de même que l'importance accordée à la famille et aux pairs (le jeune accédera graduellement à l'indépendance émotionnelle face aux parents et aux autres adultes; Kalafatic, 1975).

La puberté constitue une tâche développementale en soi puisqu'elle oblige l'adolescent à s'ajuster à un corps en continuel changements (Petersen, 1987). Or, entre autres changements physiologiques ou sources de stress typiques de l'adolescence se retrouve l'acné, variable-clé de ce mémoire. En effet, lors de la puberté, l'explosion des androgènes stimule les glandes sébacées, entraînant une augmentation de la production de sébum favorisant le développement de l'acné (bien qu'elle ne semble pas en être l'unique cause; Association des Dermatologistes du Québec, 1996). Cette affection cutanée, en tant que manifestation

pubertaire très spécifique, caractérise la population clinique étudiée dans la présente étude. Par conséquent, une section ultérieure lui est consacrée.

En résumé, l'adolescence est une période développementale unanimement caractérisée par de nombreux changements qui, bien que normatifs, peuvent être générateurs de stress. Il importe de rappeler qu'il n'existe pas de consensus quant à la tranche d'âges délimitant cette période et que pour cette raison, les jeunes composant l'échantillon de la présente étude seront tous qualifiés d'*adolescents*, indépendamment de leur âge. La prochaine section tente d'élucider la nature du stress, plus spécifiquement celle des *tracas quotidiens*, susceptibles de générer un stress non normatif qui, additionné aux stressseurs normatifs, risque d'accentuer les difficultés psychologiques et somatiques chez certains jeunes.

1.2 Le stress

Depuis le début du siècle, le stress constitue un domaine de recherche de plus en plus exploité. Son étude est d'importance capitale en raison de ses conséquences néfastes sur la santé. Plus spécifiquement, le stress peut être responsable de problèmes de santé physique, dont une augmentation de l'acné à l'adolescence, l'inverse étant également plausible (Ricard, 1995). Or, afin de bien saisir quelles sont ses implications chez les adolescents, particulièrement chez ceux atteints d'acné, il importe en premier lieu de définir ce phénomène.

Le terme «stress» fut introduit au domaine de la physiologie par Selye en 1956. Ce dernier le conçoit comme une réaction d'alarme de l'organisme en réponse à une situation perturbante. Il induit un déséquilibre organique et provoque une période de réajustement, au cours de laquelle le système lutte pour rétablir son homéostasie. L'organisme devient alors excessivement vulnérable aux conséquences néfastes du stress sur les plans physique et psychologique. Selye (1956) distingue néanmoins deux types de stress, le premier associé à des sentiments positifs et à un corps en santé, le second plutôt relié à un état de santé psychique et somatique perturbé.

De son côté, Lazarus (1966), chef de file dans l'étude du stress, soutient que le stress résulte d'une relation entre la personne et son environnement évaluée comme excédant ou menaçant ses ressources et mettant en danger son bien-être. La personne et son environnement sont donc dans une dynamique réciproque. Ce postulat est à la base de la théorie cognitivo-transactionnelle du stress (Lazarus, 1966) qui suggère que la perception d'une situation stressante et la signification que l'individu lui attribue ont un impact sur sa santé physique et mentale. Plus récemment, DeLongis, Folkman et Lazarus (1988) ont proposé que le stress découle d'un ensemble de processus interdépendants, incluant la capacité d'évaluation et les stratégies d'adaptation (*coping*), agissant comme modérateurs sur la fréquence, l'intensité, la durée et le type de réponse psychologique et somatique émises par l'individu. En raison de la place centrale qu'occupe le *coping* dans la théorie de Lazarus, la dernière section de ce chapitre lui est consacrée.

Historiquement, le stress psychologique fut exploré à partir d'inventaires d'événements de vie positifs et négatifs (événements critiques, rares et importants [p. ex. naissance, divorce, perte d'emploi, déménagement, etc.]; Kanner, Coyne, Shaefer & Lazarus, 1981) et ce dans le but d'approfondir leur relation avec la santé mentale et physique (Holmes & Rahe, 1967). En revanche, au cours de la dernière décennie, l'étude du stress a pris une tangeante différente: Les tracas quotidiens, stressseurs mineurs et chroniques auxquels tout le monde font face, sont devenus d'intérêt premier.

1.2.1 Tracas quotidiens et événements de vie

Il est connu que les événements de vie sont considérés comme des facteurs étiologiques de la détresse psychologique des jeunes (Dubois, Felner, Brand, Adan & Evans, 1992; Goodyer, Kolvin & Gatzanis, 1985; Hoffman, Levy-Shiff & Malinski, 1996; Plancherel, Nunez, Bolognini, Leidi & Bettschart, 1992; Swearingen & Cohen, 1985). Toutefois, ce lien, bien que constant, est relativement modeste (de l'ordre de .20 à .30; Thoits, 1983). Devant ce constat, depuis le début des années 1980, l'intérêt pour les tracas quotidiens, longtemps négligés probablement en raison de leur nature apparemment bénigne et futile, s'est accru. Lazarus, à l'intérieur du «Berkeley Stress and Coping Project» (Lazarus, DeLongis & Kanner, 1977; cités dans Kanner et al., 1981), fut le premier à s'intéresser à l'impact des stressseurs mineurs de la vie quotidienne qu'il définit comme des demandes irritantes, frustrantes et affligeantes, caractérisant à un degré variable les interactions de tous les jours avec l'environnement (Lazarus, 1984). Dans la même veine, Kanner et al. (1981) les définissent

comme des stressseurs mineurs et chroniques se caractérisant par leur répétition (p. ex. mauvais temps, perte d'un objet, argumentation, etc.).

L'effet néfaste des tracas quotidiens sur le bien-être psychologique des jeunes a été démontré (Compas, Howell, Phares, Williams & Giunta, 1989; Dubois et al., 1992; Kanner, Feldman, Weinberger & Ford, 1987; Plancherel, Bettschart, Bolognini, Dumont & Halfon, 1997; Rowlison & Felner, 1988). Par ailleurs, leur impact sur le niveau d'ajustement personnel des adolescents a été étudié en comparaison avec celui des événements de vie et les résultats démontrent qu'ils offrent une alternative intéressante à ces derniers (Plancherel et al., 1997; Wagner, Compas & Howell, 1988). D'une part, il semble que les tracas quotidiens soient de meilleurs prédicteurs de la santé psychologique et physique (Dubois, Felner, Meares & Krier, 1994; Plancherel et al., 1997; Wagner et al., 1988). Autrement dit, si les tracas quotidiens et les événements de vie étaient inclus dans la même équation de régression, la contribution des tracas sur l'état de santé expliquerait une plus grande partie de la variance que celle des événements de vie (Dumont, 1997a). D'autre part, les échelles de micro-stresseurs permettent de distinguer l'expérience objective (fréquence) et subjective du stress (intensité ressentie), alors que les inventaires d'événements de vie n'offrent qu'une conception additive d'unités de stress. De plus, les événements de vie sont relativement rares, contrairement aux embêtements quotidiens (Aldwin, 1994).

1.2.2 Impact du stress sur la santé physique et psychologique

Il existe un consensus en regard du fait que les stressseurs sont reliés à la maladie physique (DeLongis et al., 1988). Entre autres, Lazarus (1984) stipule que plusieurs des maladies psychosomatiques telles les ulcères, les collites intestinales, les allergies et l'asthme peuvent être dues au stress. Qui plus est, les infections virales et bactérielles, qui relèvent des variations du fonctionnement du système immunitaire, pourraient également être en lien étroit avec le stress, ce dernier altérant le bon fonctionnement de ce système (Ader, 1981; Meyer & Haggerty, 1962; Selye, 1956).

Plus spécifiquement, il semble que l'effet cumulatif des tracasseries quotidiennes entraîne des répercussions négatives sur la santé des enfants, des adolescents (Compas et al., 1989) et des adultes (Kanner et al., 1981). Des recherches auprès de ces derniers démontrent que les individus obtenant un score élevé d'embêtements quotidiens sont en moins bonne santé (DeLongis et al., 1988; Lazarus, 1984) et sont davantage sujets à un déclin de l'humeur que ceux affichant un faible score (DeLongis et al., 1988). De plus, la présence d'un tracasserie majeur et central pour l'individu peut multiplier l'effet négatif des autres tracasseries, changeant conséquemment sa dynamique et affectant sa santé, en plus de le rendre moins apte à faire face aux événements de vie (Rutter & Standberg, 1992). Inversement, Lazarus (1984) soutient qu'il est plausible qu'une moins bonne santé physique augmente la susceptibilité aux tracasseries quotidiennes. Le lien entre les tracasseries quotidiennes et les maladies serait donc bidirectionnel.

Tout comme pour la santé physique, les tracas quotidiens ont un impact sur la santé psychique des adolescents (Compas, 1987). À cet effet, Bolognini, Plancherel, Dumont, Bettshart et Halfon (1995) ont étudié la relation entre les micro-stresseurs et la santé mentale des préadolescents en comparant un groupe clinique présentant des troubles de comportement, de langage et de l'humeur (âge moyen de 13 ans) et un groupe contrôle du même âge. Les résultats démontrent que les sujets cliniques expérimentent davantage de tracas quotidiens, tracas particulièrement reliés à la famille. De plus, les filles des deux groupes rapportent avoir plus de tracas que les garçons, particulièrement dans les relations sociales et par rapport à la perception de soi. Par ailleurs, une étude réalisée par Plancherel et al. (1997) auprès de 225 jeunes du même âge révèle que les tracas les plus fréquents ont trait à la vie d'élève et aux changements corporels (dont l'acné). Enfin, Lazarus (1984) avance qu'un tracas donné peut avoir un impact considérable sur l'individu, perturbant ses pensées, générant des émotions négatives et immobilisant ses ressources adaptatives, surtout s'il a des répercussions sur plusieurs sphères de sa vie et affecte ses valeurs et ses buts. En regard de ces informations, on peut émettre l'hypothèse que pour certains adolescents, l'acné peut constituer un tracas majeur, récurrent et chronique, donc toujours stressant et les rendant plus vulnérable aux autres tracas. De plus, l'acné est susceptible de générer d'autres tracas (p. ex. l'acné peut engendrer la moquerie de la part de certains camarades).

Il n'y a pas unanimité quant au lien entre la fréquence des tracas et le degré d'intensité engendré par chacun. Lewis, Siegel et Lewis (1984) ont observé chez des jeunes de la 5^e année que la plupart des tracas qu'ils expérimentent et jugent stressants ne surviennent pas

fréquemment, tout comme Santello (1986; cité dans Berg, 1989) qui a lui aussi observé une relation inverse entre ces deux mesures de stress. Ces résultats suggèrent donc que la fréquence des tracas et leur degré d'intensité mesureraient deux aspects différents de l'expérience du stress, d'où l'intérêt de les étudier séparément. En revanche, une étude récente réalisée par Dumont et Provost (1997) auprès de 297 adolescents québécois présente une corrélation très élevée ($r = .89$) entre la fréquence des tracas et l'intensité ressentie, indiquant que les jeunes seraient perturbés par la fréquence des tracas vécus tous les jours. Or, ces résultats suggèrent au contraire que ces deux mesures de stress seraient équivalentes et que par conséquent, seul un des deux scores pourrait être utilisé. Au sein de la présente étude, la fréquence des tracas et le degré d'intensité engendré par ceux-ci seront mesurés séparément et une analyse corrélationnelle entre ces variables permettra de mieux nous situer par rapport à ces deux prises de position. Par ailleurs, de plus en plus de recherches font état de différences sexuelles sur ces deux mesures de stress. D'une part, les filles rapportent un plus grand nombre de tracas quotidiens (Bobo et al., 1986; Ham & Larson, 1990; Hasting, Anderson & Kelly, 1996; Kanner et al., 1987; Wagner & Compas, 1990) et d'autre part, elles se disent plus affectées par ces tracas que les garçons (Dumont, 1997a; Dumont, Plancherel, Bolognini, Halfon & Bettschart, 1996; Kanner et al., 1987; Petersen, Sarigiani & Kennedy, 1991). Plus spécifiquement, Dumont (1997a), de même que Kanner et al. (1987) précisent que les tracas reliés à l'apparence physique affectent particulièrement les filles.

En résumé, le stress constitue un domaine de recherche d'actualité et les tracas quotidiens constituent une mesure de stress adéquate et supérieure aux événements de vie dans

la prédiction de la détresse psychique et physiologique. Leur impact sur la santé des adolescents peut être néfaste et les filles en sont davantage affectées. La prochaine section porte sur une source de détresse typique de la période de l'adolescence et susceptible d'être particulièrement présente chez les adolescents atteints d'acné, soit l'anxiété physico-sociale.

1.3 L'anxiété physico-sociale

Une revue de la documentation confirme que les adolescents accordent une importance capitale à l'apparence physique. Entre autres, Rosenberg et Simmons (1975) ont réalisé une des premières études démontrant que les préadolescents se soucient excessivement de leur apparence physique: mille neuf cents jeunes de la 3^e à la 12^e année scolaire ont été interviewés à ce sujet et les résultats indiquent un déclin de l'image de soi, particulièrement chez ceux âgés entre 12 et 14 ans. Ce déclin s'explique par le fait que cette tranche d'âge est marquée par la puberté, période au cours de laquelle les jeunes se retrouvent face à un corps en continuel changements. Or, ces changements sont susceptibles de susciter de la moquerie de la part de certains camarades, de l'embarras et une faible estime de soi (Simmons, Simmons & Rosenberg, 1973). Qui plus est, une croyance intrinsèquement reliée à la période de l'adolescence, l'«audience imaginaire», accroît la vulnérabilité de l'adolescent face à son apparence physique. Cette croyance fait en sorte que le jeune pense que les autres observent constamment ses comportements et son apparence (Elkind, 1967). Une préoccupation excessive face à l'apparence physique peut donc en découler, risquant de nuire à son bien-être, générant de l'inconfort et de l'anxiété en présence d'autrui.

En dépit de l'intérêt accordé à l'auto-perception de l'apparence physique, une des dimensions du concept de soi mesurée dans cette recherche et présentée plus en détails dans une section ultérieure, peu d'études ont porté sur l'impact que peut avoir chez un individu l'évaluation des autres à l'égard de son physique. Or, l'apparence physique d'un individu peut générer des évaluations subjectives et variées de la part des autres et ce feedback peut affecter son intégrité. Plus spécifiquement, la crainte que les autres évaluent notre apparence physique négativement entraîne souvent de l'anxiété dite « anxiété physico-sociale ».

Le concept de l'anxiété physico-sociale relève du domaine de la psychologie sportive. L'étude de ce type d'anxiété est relativement récente: Hart et al. (1989) sont les premiers à s'être penchés sur la question. Ils ont construit le premier instrument mesurant ce construit, le Social Physique Anxiety Scale (SPAS), utilisé dans le cadre de ce mémoire. Hart et ses collaborateurs (1989) définissent l'anxiété physico-sociale comme «l'anxiété éprouvée par un individu face à son physique en réponse à l'évaluation des autres à cet égard». Par la suite, Keelan, Dion et Dion (1992) se sont également intéressés à ce construit et ont présenté une définition similaire, à savoir «l'appréhension entraînée par les différents aspects du physique d'un individu et par la façon dont les autres l'évaluent».

La prise de conscience que les autres jugent notre apparence physique négativement peut entraîner des réactions variant de l'indifférence à l'embarras sévère (Ogundari, 1985). En effet, les gens convaincus que les autres évaluent positivement leur apparence physique, ou encore ceux qui n'accordent pas d'importance à ce que les autres pensent de leur apparence

physique ne sont pas sujets à vivre de l'anxiété physico-sociale. Au contraire, les individus qui ne sont pas physiquement attrayants ou qui ont une image corporelle négative peuvent devenir chroniquement soucieux de l'évaluation des autres face à leur apparence et vivre par conséquent de l'anxiété. Ces derniers sont susceptibles d'éviter les situations où les autres pourraient juger leur apparence physique (p. ex. se baigner en public), vont devenir très stressés en présence des autres ou encore vont souffrir de dépression (Gray, 1977; Hart et al., 1989; Miller, Linky & Linky, 1980).

Il semble que les préadolescents sont particulièrement à risque de vivre de l'anxiété physico-sociale en raison de l'importance qu'ils accordent à leurs transformations corporelles ainsi qu'à l'opinion de leur pairs à cet égard. De plus, l'anxiété physico-sociale serait susceptible d'être plus élevée chez les filles, l'apparence physique étant une dimension centrale au rôle social rattaché aux femmes (Dion, Dion & Keelan, 1990; Downs, 1990). Or, malheureusement, c'est précisément à la préadolescence, période au cours de laquelle la conscience de soi est la plus accrue, que les jeunes sont le plus vulnérables à l'acné, trouble dermatologique dont 85% sont atteints (Association des Dermatologistes du Québec, 1996). Or, l'acné est susceptible de susciter de l'anxiété chez l'adolescent qui en est atteint.

En résumé, les adolescents accordent une importance capitale à leur apparence physique et risquent d'éprouver de l'anxiété physico-sociale s'ils se soucient de façon excessive de l'évaluation des autres à cet égard. Plus spécifiquement, les filles sont davantage susceptibles de vivre une telle anxiété et ce en raison des standards culturels de beauté associés

au sexe féminin. De plus, comme la puberté, conjuguée aux sources de stress non normatives, rend les adolescents sujets à développer des problèmes d'acné, ces derniers sont particulièrement prédisposés à éprouver de l'anxiété physico-sociale vu l'aspect inesthétique de l'acné. La prochaine section tente de démystifier cette variable de même que son impact sur le bien-être des jeunes.

1.4 L'acné

On croit que le terme *acné* proviendrait du mot grec *acme* qui signifie «point». En effet, l'acné se manifeste par une variété de points sur la peau, allant des comédons (points noirs ou microkystes blanchâtres) à des éruptions cutanées rouges et fermes, des papules purulentes, voire même de gros kystes. Elle touche principalement le visage, mais peut apparaître sur les épaules, le dos et la poitrine (Association des Dermatologistes du Québec, 1996).

1.4.1 Étiologie biologique et incidence de l'acné

Au moment de la puberté, une augmentation de la stimulation androgénique survient et provoque une hypertrophie des glandes sébacées. Or, l'acné se manifeste lorsque les hormones sexuelles stimulent les glandes sébacées, entraînant une surproduction de sébum, l'huile naturelle de l'épiderme, qui parvient à la surface de la peau par de petits pores ou canaux sébacés. La quantité de sébum produit est déterminée par le sexe (les garçons en produisant généralement davantage en raison de la quantité accrue de testostérone, transformée par la

membrane des cellules sébacées en androgènes plus puissants), la quantité d'androgènes produits localement et le nombre de glandes sébacées. Les lipides sébacés sont synthétisés localement et indépendamment des graisses alimentaires ingérées. Le sébum, transformé en acides gras surabondants et conjugué à une bactérie, la bactérie P-acnès, lubrifie le follicule pileux et s'évacue à la surface de la peau. Les cellules épidermiques et la kératine peuvent parfois obstruer l'orifice du follicule, provoquant ainsi le comédon (Association des Dermatologistes du Québec, 1996).

L'acné présente différents degrés de sévérité, variant d'un individu à l'autre. Plus spécifiquement, il semble que les garçons en souffrent plus fréquemment que les filles et qu'ils soient atteints de formes plus graves (Association des Dermatologistes du Québec, 1996). Par ailleurs, les recherches sur l'acné ne permettent pas d'établir l'âge précis auquel elle apparaît. Globalement, elle surviendrait entre l'âge de 10 et 12 ans et parfois même un peu avant, pour disparaître au début de la vingtaine, bien qu'elle puisse persister plus longtemps ou même faire son apparition à l'âge adulte (Association des Dermatologistes du Québec, 1996). Plus spécifiquement, il semble qu'à l'adolescence, la prévalence et la sévérité de l'acné augmentent avec l'âge (Bahamdan, Mahfouz, Tallab, Badawi & Al-Amari, 1996; Cunliffe, 1989).

1.4.2 Relation entre le stress et l'acné

Le monde médical considère l'adolescence comme la période de vie la plus stressante au niveau émotionnel. En effet, l'individu y accumule un nombre élevé d'expériences tant physiques que psychologiques et celles-ci sont génératrices de stress. Or, Lorenz, Graham et Wolf (1953), de même que Kenyon (1966) proposent l'existence d'un lien indirect entre l'acné et le stress psychologique. Ils soutiennent que chez l'humain, le stress émotionnel est accompagné d'une augmentation de la synthèse des hormones hypophysaires tyrotrophiques et gonadotrophiques, entraînant une suractivité des hormones thyroïdiennes et sexuelles, ces dernières stimulant les glandes sébacées, fondamentales dans la pathogénèse de l'acné. De son côté, Koblenzer (1987) stipule que l'acné résulterait de la complexe interaction entre des prédispositions inhérentes, l'environnement et le stress psychosocial. Ainsi, lorsqu'un déséquilibre surviendrait au sein de ces trois facteurs, la maladie pourrait en résulter. Une revue de la documentation confirme les constatations de la pratique clinique, soit qu'il n'y a pas de personne-type atteinte d'acné et que pour plusieurs patients, le stress exacerbe l'acné, particulièrement les lésions avec une composante inflammatoire. Qui plus est, une tension émotionnelle importante peut aggraver l'acné et inversement, il arrive qu'un adolescent soit très bouleversé par une grande poussée d'acné, cette réaction psychologique risquant en retour d'aggraver la maladie (Ricard, 1995).

L'ensemble des chercheurs s'entendent sur le fait que l'acné peut sérieusement interférer avec l'estime de soi des adolescents. Plus spécifiquement, Sulzberger et Zaiden

(1948; cités dans Wagner & Wagner, 1985) affirment qu'il n'y a pas de maladie qui cause un aussi grand traumatisme psychique, autant d'insécurité et qui accentue autant le sentiment d'infériorité d'un adolescent. Cette affirmation nous semble plutôt catégorique! Néanmoins, la santé de la peau, particulièrement celle du visage, constitue sans aucun doute un facteur crucial dans l'évaluation de l'apparence physique d'une personne. En effet, selon une étude réalisée par Padin, Lerner et Spiro (1981), les adolescents jugent l'apparence du visage comme le trait le plus important parmi 24 autres caractéristiques physiques (p. ex. forme du corps, poitrine, jambes, poids, etc.). Il est donc compréhensible qu'un visage marqué par l'acné pendant les années où le jeune cherche à s'affirmer et à développer sa confiance en lui constitue un handicap important (Girard, 1995). De plus, l'acné peut entraîner des répercussions négatives sur les relations sociales d'un individu. En effet, il semble que les adolescents acnéiques vivent davantage d'isolement social et d'embarras que leurs pairs (Krowchuk et al., 1991). Plus spécifiquement, selon Wagner et Wagner (1985), l'acné augmenterait le sentiment d'innatraction sexuelle et simultanément, l'évitement des relations sociales, l'apparence physique étant une composante principale à la désirabilité sexuelle. En ce qui a trait aux différences sexuelles, il semble que l'acné ait un impact social plus important chez les filles que chez les garçons, les filles en étant plus embarrassées (Jackaway Freedman, 1984; Krowchuk et al., 1991). Jackaway Freedman (1984) explique cette différence par le fait que les garçons définissent leur soi davantage à travers les sports et la performance scolaire et se sentent par conséquent respectés, alors que le déterminant essentiel à l'acceptation sociale des filles serait l'apparence physique. Par ailleurs, l'aspect inesthétique de l'acné semble intensifier les inquiétudes relatives à l'image corporelle et dans certains cas exacerber les troubles de

l'alimentation chez les patients qui en souffrent (Gupta, Gupta, Ellis & Voorhees, 1992). Ceci s'explique par le fait que les malades atteints de troubles de l'alimentation adoptent parfois un régime restrictif afin de contrôler leur acné, l'inanition abaissant la concentration des androgènes, principaux stimulants des glandes sébacées. Enfin, il semble que l'amélioration de l'acné chez l'adolescent soit associée à une diminution de la dépression et de l'anxiété, de même qu'à une plus grande satisfaction par rapport aux différents aspects de l'image corporelle (forme du corps et poids) (Gupta, Gupta, Schork, Ellis & Voorhees, 1990). Toutefois, pour plusieurs patients, les cicatrices et le traumatisme psychique que risque d'entraîner l'acné sont souvent plus désastreux que les lésions acnéiques en elles-mêmes, ayant un impact à long terme (Krowchuk et al., 1991).

En résumé, les changements hormonaux propres à l'adolescence prédisposent les jeunes à souffrir d'acné. De plus, il semble qu'il existe un lien bidirectionnel entre le stress et l'acné. En effet, le stress peut être un facteur de risque au développement ou à l'aggravation de la maladie et inversement, l'acné est susceptible d'engendrer du stress. Par conséquent, il importe d'étudier les facteurs protecteurs pouvant aider les jeunes à faire face aux multiples sources de stress, dont l'acné. Voilà qui fait l'objet de la section suivante.

1.5 Facteurs de protection

Tel que mentionné précédemment, le stress découle d'un déséquilibre entre l'individu et les exigences de son environnement, déséquilibre susceptible d'entraîner des problèmes de

santé, dont l'acné. Heureusement, l'impact du stress sur la santé physique et psychique peut être atténué par l'action de facteurs protecteurs comme le style de *coping*, le support social et l'estime de soi (Bolognini, Plancherel, Nunez & Bettschart, 1992). En effet, ces facteurs ont la capacité de diminuer la probabilité d'apparition d'un problème de santé mentale ou physique en présence de certains risques. Plusieurs modèles ont été élaborés pour expliquer le rôle de ces facteurs, les plus connus étant le modèle de l'effet « tampon » (« buffering effect ») et le modèle additif (Bolognini et al., 1992). Le premier sous-entend que l'effet des facteurs protecteurs se manifesterait en présence du stress pour en atténuer l'impact. Ils agiraient à titre de modérateurs dans la relation entre le stress et la santé. Quant au second, il soutient que l'effet bénéfique des facteurs protecteurs se manifesterait de façon indépendante par rapport aux stressors. La présente section met en lumière l'estime de soi et les stratégies d'adaptation, les deux facteurs protecteurs mesurés au sein de la présente recherche.

1.5.1 L'estime de soi

L'intérêt pour le concept de l'estime de soi à l'adolescence est toujours grandissant, une bonne estime de soi étant essentielle à l'ajustement socio-émotionnel des jeunes (Bolognini et al., 1992). Afin de bien saisir les implications de l'estime de soi sur la santé des adolescents, il importe en premier lieu de définir ce concept. Pour ce faire, on se doit tout d'abord de référer à une des tâches développementales fondamentales à l'adolescence, soit la quête de l'identité.

Erikson (1959) est à l'origine de la notion de «crise d'identité» et son apport est toujours d'actualité. Il la définit comme l'émergence et l'évolution de la représentation de soi dans la conscience de soi (Erikson, 1959). Or, l'adolescence permet l'émergence de l'identité, cette période favorisant l'introspection et l'exploration. En effet, à travers les changements physiologiques et les relations avec les parents et les pairs, le jeune cherche à savoir qui il est, quelles sont ses valeurs, ses buts, etc. De leur côté, Bolognini et al. (1994) ont davantage abordé la quête d'identité en référence au corps. Ils avancent qu'à l'adolescence, le jeune est témoin de bon nombre de changements dans son apparence et ses prises de conscience l'obligent conséquemment à intégrer ces changements dans une nouvelle représentation de lui-même, de même qu'à assurer son identité masculine ou féminine. La résolution de cette quête d'identité est primordiale et ceci en raison du fait que l'opinion qu'ont les adolescents d'eux-mêmes est susceptible de les suivre jusqu'à l'âge adulte (Pope, McHale & Craighead, 1988). En d'autres termes, une bonne estime de soi est cruciale, particulièrement à l'adolescence.

L'étude de l'estime de soi date depuis un peu plus d'un siècle. James (1892; cité dans Harter, 1988) et Cooley (1902; cité dans Harter, 1988) sont les premiers à s'être intéressés à cette question et leur définition, bien que différentes, sont particulièrement déterminantes dans l'étude de cette variable et sont toujours d'actualité. Selon James, l'estime de soi correspond au rapport entre la perception qu'a l'individu de sa compétence ou de sa réussite dans différents domaines et l'importance qu'il accorde à la réussite dans ces domaines. Si le degré de réussite de l'individu se situe au même niveau que ses ambitions ou à un niveau supérieur, son estime de soi sera élevée. Inversement, s'il échoue dans un domaine qu'il juge important,

son estime de soi sera plus faible. Selon la théorie de Cooley par contre, l'estime de soi réfère plutôt à un construit social. Elle serait reliée à la façon dont les autres perçoivent l'individu. S'il possède les aptitudes que les autres jugent importantes pour lui, son estime de soi sera élevée, alors que s'il ne correspond pas aux attentes des autres, son estime de soi sera plus faible. En fait, l'entourage constituerait un miroir à travers lequel l'individu s'évaluerait personnellement (Cloutier & Renaud, 1990). Les deux théories ne sont pas contradictoires, puisque l'estime de soi de l'adolescent dépend à la fois de l'harmonie entre ses idéaux et la perception de ses compétences, de même que du support social reçu.

À l'instar de James (1892), Harter (1986), une des chefs de file dans l'étude de l'estime de soi auprès de populations d'enfants et d'adolescents, propose que le décalage entre la perception qu'ont les jeunes de leurs compétences dans divers domaines (apparence physique, relations sociales, compétences scolaires, compétences sportives et conduite) et l'importance qu'ils attachent à la réussite dans ces domaines est fortement et systématiquement relié à leur estime d'eux-mêmes. L'estime de soi serait donc un construit multidimensionnel, regroupant non seulement le sentiment général d'estime de soi (estime de soi globale ou valeur propre), mais également des domaines de compétence spécifiques. Chaque individu auto-évaluerait ses compétences par rapport à ces domaines. Bien que nombre de théoriciens adhèrent à cette définition (Marsh, 1989; Marsh, Parker & Barnes, 1985; Shavelson, Hubner & Stanton 1976), certains ne partagent pas cette prise de position. Entre autres, citons Coopersmith (1967), qui argumente que l'estime de soi est un construit unidimensionnel, donc dominé par une mesure unique d'estime de soi. Cette conception date toutefois de trente ans! Pour les fins de la

présente recherche, l'estime de soi est considérée comme un construit multidimensionnel. De plus, parmi les domaines de compétence qu'elle regroupe, l'estime de soi globale et l'apparence physique seront spécifiquement mesurées. Ces deux variables ont été choisies non seulement en raison de leur pertinence quant à la population étudiée, mais également en raison du fait que l'apparence physique constitue le domaine de compétence obtenant la plus haute corrélation avec l'estime de soi globale (r situés entre .66 et .73 chez des jeunes de la 8^e à la 11^e année scolaire) et ce non seulement à l'adolescence, mais à travers toute la vie (Fabian & Thompson, 1989; Harter, 1990; Martin, Housley, McCoy & Greenhouse, 1988; Mendelson & White, 1982; Mintz & Betz, 1988; Thomas, 1989).

1.5.1.1 Estime de soi en tant que facteur protecteur

Un rapide survol de la documentation liée aux facteurs de protection permet de mettre en lumière le rôle protecteur potentiel de l'estime de soi. Le modèle de l'effet « tampon » ou « buffering effect » (Bolognini et al., 1992) exposé précédemment explique cet effet protecteur, proposant que l'estime de soi modifierait la relation entre le stress et la santé psychique. En effet, l'estime de soi pourrait atténuer les effets potentiellement néfastes du stress sur la santé psychique. Dès l'enfance, l'estime de soi agirait comme facteur protecteur envers les effets dévastateurs du stress, tel qu'observé par Garnezy (1985) et Rutter (1987) auprès d'enfants résiliants. En fait, l'estime de soi constitue une ressource personnelle psychologique susceptible de permettre à l'individu de faire face aux menaces que peuvent entraîner les différents stressseurs (Bolognini et al., 1992; Compas, 1987; Dumont, 1997a;

Garnezy, 1983; Pearlin & Schooler, 1978; Thoits, 1995). Les individus se percevant positivement seraient moins susceptibles de se sentir dépassés par une demande stressante, ceux-ci s'évaluant aptes à y faire face (Pearlin & Schooler, 1978). En revanche, il semble que la vulnérabilité aux stressseurs serait entre autre attribuée à une faible estime de soi (DeLongis et al., 1988).

Le rôle protecteur de l'estime de soi chez les jeunes atteints d'acné, population cible de la présente recherche, est peu documenté. Les recherches permettent toutefois d'observer que l'impact de l'acné sur la santé psychologique est davantage important dans le cas où les expériences de l'enfance n'ont pu établir une estime de soi positive (Koblenzer, 1987). Par conséquent, une image corporelle distorsionnée, des affects dépressifs, un retrait social, de même que des difficultés avec les pairs et dans les performances scolaires peuvent en découler. Les symptômes dépressifs peuvent mener à des problèmes de discipline et à des conflits familiaux. L'abus de substances peut même survenir. Au contraire, une bonne estime de soi est susceptible de protéger l'individu des conséquences psychologiques aversives de l'acné. En effet, pour certains adolescents, une acné sévère n'affecte ni la popularité, ni la performance sportive ou scolaire, ceux-ci possédant une estime de soi solide et ayant développé des compétences dans des domaines particuliers comme les sports ou la musique (Medansky, Handler & Lynn, 1981).

1.5.1.2 Différences sexuelles

Parmi les rares études ayant évalué le rôle protecteur de l'estime de soi à l'adolescence, celle de Bettschart, Nunez, Bolognini et Plancherel (1994) présente des différences sexuelles dans la fonction protectrice de l'estime de soi des jeunes. En effet, chez des garçons de 13 ans, le sentiment de compétence relié à l'apparence physique et aux capacités scolaires jouerait un effet tampon contre l'anxiété, alors que chez les filles âgées de 15 ans, l'estime de soi exercerait un effet tampon contre les troubles de sommeil. De son côté, Dumont (1997a) a également étudié la fonction protectrice de l'estime de soi dans la relation stress-détresse auprès d'adolescents (âge moyen de 14 ans) et les résultats démontrent que sous l'effet d'un stress élevé, seuls les garçons ayant une bonne estime d'eux-mêmes manifestent peu de dépression. Par ailleurs, il existe de légères différences en faveur des garçons sur les mesures du concept de soi (Bettschart et al., 1994; Chubb, Fertman & Ross, 1997; Harter, 1985; Lintunen, Leskinen, Oinonen, Salinto & Rahkila, 1995; Marsh, 1989; Petersen et al., 1991). Plus spécifiquement, les changements pubertaires apparents influencent davantage le fonctionnement psychologique des filles que celui des garçons (Brooks-Gunn & Warren, 1988). À cet égard, plusieurs études démontrent que la corrélation entre l'apparence physique et l'estime de soi globale à l'adolescence serait plus élevée pour le sexe féminin (Appleton et al., 1994; Harter, 1986). Néanmoins, certaines recherches présentent des résultats similaires pour les deux sexes (Koff, Rierdan & Stubbs, 1990; Padin et al., 1981; Silberstein, Striegel-Moore, Timko & Rodin, 1988; Wylie, 1974).

En résumé, au sein du présent mémoire, l'estime de soi est considérée comme un construit multidimensionnel regroupant différents domaines de compétences spécifiques dont l'estime de soi globale et l'auto-évaluation de l'apparence physique. Plus spécifiquement, à l'adolescence, ces deux variables jouent un rôle central dans l'évolution du concept de soi et dans la formation de l'identité. De plus, l'estime de soi serait essentielle à l'ajustement socio-émotionnel des jeunes et aurait un effet protecteur contre les effets dévastateurs des différents types de stressors, dont l'acné. Par ailleurs, l'impact du stress sur la santé physique et psychique peut être atténué par l'action d'autres facteurs protecteurs comme les stratégies d'adaptation, tel qu'explicité ci-bas.

1.5.2 Les stratégies de coping

La façon de réagir au stress et plus spécifiquement aux différents tracas quotidiens est largement attribuée à la capacité de l'individu de faire face aux difficultés, communément appelée «*coping*» (Ebata, Petersen & Conger, 1990). Plusieurs chercheurs se sont intéressés au concept du *coping*. Toutefois, tout comme pour le domaine des tracas quotidiens, c'est Lazarus (1966) qui est à l'origine du principal courant de recherche sur le *coping*.

Lazarus et Folkman (1984) définissent les stratégies de *coping* comme des tentatives comportementales ou cognitives conscientes utilisées pour faire face à des situations spécifiques évaluées comme menaçantes ou dépassant les capacités adaptatives de l'individu. Dans le même ordre d'idées, Albaret (1995) soutient que le *coping* désigne un processus

stabilisateur de la gestion des événements éprouvants, poursuivant deux objectifs principaux : aider la personne à maintenir une adaptation psychosociale à son milieu, en plus d'éliminer ou de réduire la détresse inhérente à une situation. Par ailleurs, la littérature sur les stratégies de *coping* suggère que les styles de *coping* se forment dès la petite enfance (Albaret, 1995). En effet, les événements que l'enfant expérimente à cette période peuvent modifier son développement subséquent. Or, compte tenu de cette réalité, il est surprenant de constater que les recherches dans ce domaine ont surtout été effectuées sur des populations d'adultes (Albaret, 1995). En effet, l'étude du *coping* chez les enfants (Wertlieb, Weigel, Springer & Feldstein, 1987), les préadolescents et les adolescents (Compas, 1987) ne date que depuis une dizaine d'années seulement.

Il importe de distinguer les stratégies de *coping* des mécanismes de défense. Selon Vaillant (1992), le *coping* est appris au cours du développement et permet à l'individu d'affronter directement l'anxiété, alors que les mécanismes de défense sont des distorsions cognitives inconscientes dont la finalité adaptative est de maintenir l'anxiété dans les limites du supportable. Le *coping* implique donc des réponses adaptatives qui exigent un effort conscient, alors que les mécanismes de défense sont hors du contrôle volontaire de l'individu (Compas, 1987). Qui plus est, notons que le *coping* ne se limite pas aux efforts générant le succès, mais il inclut toutes les tentatives volontaires pour faire face au stress (Lazarus & Folkman, 1984). Par ailleurs, une distinction conceptuelle se doit d'être faite entre *ressources de coping* et *stratégies de coping*. Les premières incluent ce qui est disponible à l'individu dans son répertoire de *coping* pour atténuer la relation événements stressants-détresse

émotionnelle (p. ex. réseau social, contrôle perçu et estime de soi), alors que les secondes réfèrent aux efforts concrets, aux comportements, aux perceptions et aux cognitions déployés pour faire face aux difficultés (Compas, 1987; Pearlin & Schooler, 1978).

Classiquement, les stratégies de *coping* ont souvent été présentées selon deux modèles généraux similaires: le modèle « approche-évitement » (Billings & Moos, 1981; Pearlin & Schooler, 1978) et le modèle des stratégies centrées sur le « problème » ou les « émotions », plus largement répandu (Lazarus & Launier, 1978; Lazarus & Folkman, 1991; Seiffge-Krenke, 1990). Les termes « approche » et « évitement » associés au premier modèle sont en quelque sorte des métaphores décrivant l'activité cognitive et émotionnelle d'un individu confronté à un stressor (Dumont, 1997a). De son côté, le second modèle définit le *coping* centré sur le « problème » à partir de stratégies d'affrontement, l'individu misant sur la recherche active d'information (cognition) et le déploiement d'efforts directs (comportements) pour maintenir un contrôle sur le problème et le résoudre, alors que le *coping* centré sur l'« émotion » réfère au recours à des stratégies d'évitement, l'individu visant à réduire l'anxiété et l'inconfort psychologique entraînés par un problème sans toutefois s'attaquer directement à ce dernier (p. ex. par le biais de tentatives d'évitement, de retrait, de fuite, d'évaluation défensive du problème et de pensées évasives) (Compas, Malcarne & Fondacaro, 1988; Glyshaw, Cohen & Towbes, 1989; Tolor & Fehon, 1987).

La documentation sur les stratégies de *coping* employées à l'adolescence permet de constater que ces stratégies peuvent être regroupées selon plusieurs dimensions. Plus

spécifiquement, Patterson et McCubbin (1983), à la suite d'une étude effectuée sur un échantillon de 467 adolescents nord-américains (âge moyen de 15,6 ans) les ont regroupé selon 12 dimensions (p. ex. relations sociales, famille, recherche de soutien professionnel, recherche de soutien spirituel, etc.). De leur côté, Plancherel, Bolognini, Nunez et Bettschart (1993), à la suite d'une recherche réalisée auprès d'un échantillon francophone de 276 préadolescents suisses (âge moyen de 13,8 ans), en ont identifié huit (p. ex. relations sociales, famille, humour, activités scolaires, distractions, consommation). Enfin, plus récemment, Frydenberg et Lewis (1996) ont dégagé de leurs études auprès d'adolescents australiens trois dimensions: le « *coping* productif », le « *coping* non productif » et le « *coping* social ». Celles-ci sont par conséquent plus globales que celles proposées par Patterson et McCubbin (1983) et Plancherel et al. (1993). La première a pour but la résolution du problème et ce en l'affrontant directement, la seconde réfère à un style de *coping* dysfonctionnel dû au recours à des stratégies d'évitement, tandis que la troisième vise la recherche de soutien social afin de faire face aux difficultés. Cette conception du *coping* se rapproche particulièrement de celle de Seiffge-Krenky (1990), qui regroupe les stratégies sous les modes fonctionnels ou dysfonctionnels, mettant en évidence une relation entre le bien-être psychologique et une prépondérance du *coping* centré sur le problème (mode fonctionnel) sur celui centré sur l'émotion (mode dysfonctionnel).

Le recours à des stratégies de *coping* efficaces importe non seulement pour les situations inhabituelles et anxiogènes, mais également pour celles liées aux nouveaux apprentissages de la vie (p. ex. changements physiologiques) (Petersen & Ebata, 1987). Cette

ouverture théorique s'est produite à partir du moment où les tâches développementales ont été envisagées comme des stressors normatifs, fortement impliqués dans l'adaptation psychosociale des sujets (Petersen & Ebata, 1987). Afin de tenter de diminuer leur stress, les adolescents utilisent une variété de stratégies telles que la ventilation des émotions, la distraction, l'engagement, le soutien social, la fuite (McCubbin et Patterson, 1981), le soutien familial, l'exercice physique, le retrait, les comparaisons positives (Wills, 1986), de même que les rêves diurnes et les fantaisies (Spivack & Shure, 1982). Il semble que le type de stratégie de *coping* utilisé varierait selon la nature du stressor. En effet, les stratégies de *coping* centrées sur le problème seraient susceptibles d'être utilisées quand le stressor est évalué comme contrôlable, alors que celles centrées sur l'émotion seraient susceptibles d'être utilisées quand le stressor est jugé incontrôlable (Forsythe & Compas, 1987). De plus, les recherches tendent à démontrer que le *coping* centré sur la résolution de problèmes serait positivement relié à la santé, alors que le celui centré sur la régulation des émotions serait associé à des répercussions négatives sur celle-ci (Billings & Moos, 1981; Compas et al., 1988; Ebata & Moos, 1991; Herman-Stahl, Stemmler & Petersen, 1995; Pearlin & Schooler, 1978). Plus spécifiquement, il semble que chez les jeunes, les stratégies d'approche seraient reliées à une meilleure estime de soi, à des résultats scolaires supérieurs (Mantzicopoulos, 1990) et à peu de troubles dépressifs, de sommeil et d'anxiété (Nunez, Plancherel, Bolognini & Bettschart, 1992). En revanche, les stratégies d'évitement seraient associées à des symptômes dépressifs, une faible estime de soi, un soutien social peu élevé (Chan, 1995), de la détresse psychologique et un mauvais ajustement (Ebata & Moos, 1991; Herman-Stahl, Stemmler & Petersen, 1995; Reinhard & Ott, 1994; Tolor & Fehon, 1987).

En ce qui a trait à l'étude des stratégies de *coping* employées pour faire face à la maladie, il importe de noter que jusqu'à ce jour, aucune recherche n'a été effectuée à ce sujet auprès d'adolescents acnéiques. Or, au sein du présent mémoire, l'étude de cette variable auprès d'adolescents acnéiques et non acnéiques sera entreprise à titre exploratoire. En effet, les quelques rares études sur les stratégies de *coping* utilisées dans des contextes médicaux soulignent non seulement l'importance du *coping* centré sur le problème, mais également de celui centré sur la régulation des émotions (particulièrement les stratégies de distraction et de recadrage) pour faire face aux procédures médicales stressantes (Miller & Green, 1984). De plus, il semble que les adolescents aux prises avec une maladie chronique (cancer, diabète, fibrose kystique et asthme) utiliseraient des stratégies de régulation des émotions, telles la rêverie diurne, l'écoute de musique, les promenades à la plage ou simplement la recherche de la tranquillité, celles-ci les aidant à y faire face (Weekes, 1995).

1.5.2.1 Différences sexuelles quant aux stratégies de *coping*

Nombre d'études ont rapporté la présence de différences sexuelles quant aux stratégies de *coping* employées à l'adolescence. En effet, il semble que les filles utilisent un éventail de stratégies plus large que les garçons (McCubbin & Patterson, 1981; Patterson & McCubbin, 1987; Plancherel et al., 1993), ont davantage recours au soutien social (Bird & Harris, 1990; Bush & Simmons, 1987; Copeland & Hess 1995; Frydenberg & Lewis, 1991; Hastings et al., 1996; Iron, Coon & Blanchard-Fields, 1988; Kavsek & Seiffge-Krenky, 1996; Kurdek, 1987; Nigro, 1996; Plancherel & Bolognini, 1995), emploient plus souvent un style de *coping* évitant

(Hasting et al., 1996; Nigro, 1996; Seiffge-Krenke & Shulman, 1990), alors que de leur côté les garçons vont plutôt garder le sens de l'humour ou entreprendre une activité physique intense (Copeland & Hess 1995; Kurdek, 1987; Plancherel & Bolognini, 1995), se divertir (Copeland & Hess, 1995) ou encore ventiler leurs émotions (p. ex. en se plaignant, en jurant, en blâmant les autres) (Bird & Harris, 1990). D'après les travaux de Rodriguez-Tomé et Bariaud (cités dans Bosma & Jackson, 1990), les garçons se tourneraient davantage vers l'action et le monde externe, alors que les filles seraient davantage portées vers l'introspection et les préoccupations interpersonnelles. De plus, une étude réalisée par Nolen-Hoeksema et Girgus (1994) révèle que lorsqu'elles sont déprimées, les filles sont portées à amplifier leur humeur maussade et à ruminer sur les causes possibles de leurs états d'âmes négatifs, alors que les garçons sont portés à se distraire. L'ensemble de ces résultats confirment l'image traditionnelle féminine caractérisée par la sociabilité et l'expression des sentiments, de même que le stéréotype masculin associant aux garçons une plus grande disposition naturelle à l'égard des activités physiques ou des distractions. En ce qui a trait au contexte médical, une étude clinique effectuée par Albaret (1994; citée dans Albaret, 1995) auprès d'adolescents cancéreux suggère également des différences sexuelles: les filles auraient tendance à se positionner plus fortement dans le retrait et à anticiper négativement les événements aversifs (procédures médicales, ponction de moelle, etc.), tandis que les garçons feraient preuve de plus d'auto-contrôle et extérioriseraient peu leurs émotions négatives. Par contre, la recherche de soutien social demeurerait d'une importance égale pour les deux sexes. Cette dernière constatation va à l'encontre de l'ensemble des travaux en psychologie de la santé, ceux-ci associant majoritairement la recherche de soutien social à la population féminine (Bird & Harris, 1990;

Bush & Simmons, 1987; Copeland & Hess 1995; Frydenberg & Lewis, 1991; Hastings et al., 1996; Iron et al., 1988; Kavsek & Seiffge-Krenky, 1996; Kurdek, 1987; Nigro, 1996; Plancherel & Bolognini, 1995). Toutefois, il importe de noter que ce résultat s'inscrit dans un contexte de stress important, ce qui peut expliquer l'absence de différence quant au recours au soutien social.

1.5.2.2 Relation entre l'estime de soi et les stratégies de *coping*

Tel que précédemment exposé, à l'instar des stratégies de *coping*, l'estime de soi peut jouer le rôle de facteur protecteur. Or, il existe une relation entre ces deux variables. En effet, il semble qu'une bonne estime de soi augmente la probabilité d'utiliser des stratégies de *coping* efficaces et appropriées dans la lutte contre un stresser. À cet égard, Thoits (1995) propose que les individus ayant une bonne estime de soi ou un sentiment de contrôle adoptent généralement un style de *coping* affrontant. Chez les jeunes, il semble qu'une bonne estime de soi corrélait avec des stratégies d'adaptation actives et positives (Mantzicopoulos, 1990), davantage de soutien social (Hoffman, Ushpiz & Levy-Shiff, 1988) et avec la communication avec les parents (Walker & Greene, 1986), alors qu'une faible estime de soi serait associée aux symptômes dépressifs.

En résumé, une estime de soi solide et des stratégies de *coping* centrées sur le problème pourraient permettre aux adolescents de faire face avec succès aux différents stressers. De plus, le sexe influencerait la perception du stresser, de même que le choix des

stratégies de *coping* utilisées pour y remédier. En effet, les filles seraient plus négatives et auraient davantage recours au soutien social que les garçons, qui seraient davantage portés à se divertir lorsque confrontés à un stresser. En somme, à la lueur des relations entre les tracasseries quotidiennes, l'anxiété physico-sociale, l'estime de soi et les stratégies de *coping* établies au sein de ce premier chapitre, il s'avère non seulement pertinent, mais également innovateur d'étudier le rôle que l'ensemble de ces variables peuvent avoir sur les adolescents atteints d'acné, cette maladie constituant une source de stress additionnelle potentielle.

1.6 Schème expérimental

Les variables indépendantes de cette étude sont la présence (groupe clinique) ou l'absence (groupe contrôle) du trouble dermatologique de l'acné, ainsi que le sexe des sujets. Les variables dépendantes retenues sont les tracasseries quotidiennes (fréquence, degré d'intensité, école-soi, famille, pairs, punitions et rejet), l'anxiété physico-sociale, le self (estime de soi et apparence physique) et les stratégies d'adaptation (diversité des stratégies, fréquence d'utilisation et relations sociales ou « *coping social* »).

1.6.1 Hypothèses de recherche

1. *Hypothèse de comparaison des groupes*: Par rapport aux adolescents non acnéiques ($n = 37$), les adolescents acnéiques ($n = 36$) expérimentent plus de tracasseries quotidiennes et les jugent plus embarrassants, vivent davantage d'anxiété physico-sociale, présentent une plus

faible estime d'eux-mêmes, utilisent des stratégies d'adaptation plus diversifiées et ce plus fréquemment, et ont davantage recours au *coping* social.

2. *Hypothèse des différences sexuelles*: Pour l'ensemble de l'échantillon ($N = 73$), comparativement aux garçons, les filles vivent plus de tracas quotidiens et les jugent plus embarrassants, ressentent davantage d'anxiété physico-sociale, présentent une plus faible estime d'elles-mêmes, utilisent des stratégies d'adaptation plus diversifiées et ce plus fréquemment, et ont davantage recours au *coping* social.

3. *Hypothèse du lien stress-détresse*: Pour les groupes clinique et contrôle, le stress (tracas quotidiens) entretient une relation positive avec la détresse (anxiété physico-sociale) et tous deux sont négativement reliés avec les facteurs protecteurs (estime de soi et stratégies de *coping*).

4. *Hypothèse des facteurs protecteurs*: Pour l'ensemble des sujets ($N = 73$), l'estime de soi et le *coping* social jouent le rôle de facteurs protecteurs dans la relation stress-détresse.

Méthode

Ce chapitre présente les principaux éléments méthodologiques. La première section porte sur la description de l'échantillon, la seconde expose les différents instruments de mesure utilisés, alors que la dernière détaille le déroulement de l'expérience.

2.1 Sujets

Au total, 193 adolescents ont participé à cette étude entre septembre 1996 et juin 1997. De ce nombre, 157 étudiants (92 garçons et 65 filles) âgés en moyenne de 14 ans (*é.t.* = 10,32 mois) ont constitué le groupe normatif initial, à partir duquel un sous-échantillon fut extrait pour les besoins de comparaison des groupes normatif et clinique (voir page suivante). Ces étudiants ont été recrutés au sein de deux polyvalentes de la Commission scolaire de Brossard sur la Rive-Sud de Montréal¹ parmi un ensemble de six classes de religion et de formation personnelle de niveaux I à IV (deux classes de secondaire II et III et une classe de secondaire I et IV), après l'entente avec la direction et les professeurs concernés (voir Appendice A). De plus, 36 adolescents atteints d'acné (23 garçons et 13 filles) âgés en moyenne de 15 ans (*é.t.* = 10,92 mois) ont formé le groupe clinique. Ces derniers ont été recrutés par l'intermédiaire de trois dermatologues de Trois-Rivières et du Cap-de-la-Madeleine lors d'un rendez-vous médical. Ils devaient répondre aux critères de sélection suivants: être âgés entre 13 et 16 ans, être atteints d'acné (selon

¹Notez que le recrutement des sujets contrôles n'a pu être effectué à Trois-Rivières en raison de l'accès difficile aux polyvalentes de cette région.

les critères diagnostics médicalement reconnus: type d'acné et degré de sévérité) et être présentement suivis par un dermatologue (voir Appendice B).

Le but de cette étude étant de comparer un groupe clinique (sujets atteints d'acné) et un groupe non clinique (sujets sans acné) sur les dimensions de stress, de détresse psychologique et de facteurs de protection, les élèves du groupe contrôle initial présentant des problèmes d'acné ont par conséquent été éliminés. Or, sur les 157 étudiants, 37 jeunes (16 filles et 21 garçons; âge moyen de 14,2 ans, *é.t.* = 11,76 mois) ont été sélectionnés afin de constituer le groupe contrôle final. Ceux-ci répondaient au critère de sélection « ne pas avoir d'acné », mesuré par la question 6 du Questionnaire des renseignements généraux (voir Appendice C) de même que par l'item 51 de l'Échelle d'Évaluation des Tracas Quotidiens à la Préadolescence.

En ce qui concerne le statut familial des groupes contrôle et clinique ($N = 73$), on obtient 67% des adolescents dont les parents vivent ensemble mariés, 3% dont les parents vivent ensemble non mariés, 7% dont les parents sont séparés, 18% dont les parents sont divorcés, 1% dont la mère est décédée et 3% dont le père est décédé¹. Quant au niveau socio-économique de la famille d'origine de chaque sujet, il est déterminé à partir de la profession exercée par ses parents. Les professions sont regroupées en quatre couches sociales distinctes: cadres supérieurs et dirigeants; petits indépendants, employés et cadres intermédiaires; ouvriers; divers et sans indication (ménagères, retraités, invalides etc.). Les pourcentages observés se distribuent comme suit: 28% des familles appartiennent à la

¹Le total des pourcentages n'est pas égal à 100% en raison des décimales.

première catégorie, 33% à la seconde, 21% à la troisième et 15 % à la quatrième¹. Enfin, la majorité des adolescents sont de nationalité canadienne, soit 93% de l'échantillon.

La participation des sujets était volontaire et nécessitait le consentement écrit du jeune et d'un adulte responsable de lui (voir Appendice D). Parmi les élèves des six classes de secondaire I à IV (groupe contrôle), 94% ont donné leur consentement. Le taux de refus pour le groupe clinique fut cependant plus élevé et ceci en raison de la première stratégie de recrutement, qui s'avéra peu efficace. En effet, au cours des mois de septembre à décembre, l'expérimentatrice n'avait pas de contact direct avec les patients puisque les dermatologues leur présentaient eux-mêmes le projet de recherche et recueillaient par la suite le formulaire de consentement des volontaires. Or, en raison du faible taux de participation (neuf sujets recrutés au cours de cette période), un autre mode de recrutement fut expérimenté et s'avéra plus efficace: les dermatologues remettaient à l'expérimentatrice les coordonnées de tous leurs patients acnéiques âgés entre 13 et 16 ans et celle-ci les contactait par téléphone afin de leur expliquer la nature du projet et de solliciter leur participation. Notez que les dermatologues avaient préalablement informé chacun des patients qu'ils allaient être contactés au sujet d'une étude portant sur le stress des jeunes. En somme, à la suite des deux stratégies de recrutement, le taux de participation fut de 90%, 36 des 40 patients sollicités ayant accepté de collaborer à l'étude.

¹Le total des pourcentages n'est pas égal à 100% en raison des décimales.

2.2 Instruments de mesure

Au total, les dermatologues participants ont complété une fiche d'identification destinée à établir le diagnostic médical de la santé de la peau de chaque sujet clinique (voir Appendice B), alors que les sujets des groupes contrôle ($n = 37$) et clinique ($n = 36$) ont complété un questionnaire-maison visant à recueillir les données socio-démographiques et à évaluer la santé de la peau du visage (présence d'acné ou non; voir Appendice C), de même que cinq instruments mesurant les variables dépendantes à l'étude, à savoir les tracas quotidiens, l'anxiété physico-sociale, le self (estime de soi et apparence physique) et les stratégies de *coping*. En voici la description¹.

2.2.1 Instrument complété par les dermatologues

Fiche d'identification des sujets cliniques: Ce questionnaire est une adaptation francophone de l'instrument Évolution des lésions d'acné (Pillsbury, Shelley & Kligman, 1956; voir Appendice B). Il comporte une section destinée à l'identification du dermatologue répondant, de même que sept questions portant respectivement sur l'identification du patient concerné, le type de lésions acnéiques dont il est atteint, l'évolution de ces lésions, le degré de sévérité de la maladie, la date à laquelle le traitement a été entamé et celle à laquelle les troubles ont commencé, de même que les impressions cliniques du dermatologue par rapport au pronostic de guérison. Cet instrument requiert moins de cinq minutes pour être complété et visait à maximiser l'homogénéité du groupe

clinique. Or, en raison du nombre restreint de patients acnéiques recrutés, l'expérimentatrice n'a pu établir de catégories et tenir compte des données fournies par ce questionnaire pour la composition du groupe clinique. Par conséquent, l'appartenance au groupe clinique repose sur le critère unique d'être vu en consultation.

2.2.2 Instruments complétés par l'ensemble des sujets

Questionnaire des renseignements généraux: Ce questionnaire a été conçu spécialement pour la réalisation de cette étude (voir Appendice C). Il est composé de neuf questions objectives, les cinq premières portant sur des données socio-démographiques et les quatre autres visant à évaluer l'expérience du sujet par rapport à l'acné, ceci dans le but d'exclure les sujets du groupe contrôle initial atteints d'acné ou en ayant été atteints dans le passé. La durée de passation de ce questionnaire est d'environ cinq minutes.

Échelle d'Évaluation des Tracas Quotidiens à la Préadolescence: Ce questionnaire est une adaptation francophone réalisée par le SUPEA¹ (1993) de l'Adolescent Hassles Inventory (AHI), créé par Bobo et al. (1986), instrument comportant 68 items et destiné aux jeunes de 11 à 13 ans. Ce dernier est lui-même inspiré de celui de Kanner et al. (1981; « Hassles Scale » à 117 items), conçu pour les adultes.

¹La fabrication des scores et l'encodage des variables seront décrits dans le chapitre « Résultats »

¹SUPEA: Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Suisse.

L'Échelle d'Évaluation des Tracas Quotidiens à la Préadolescence est composée de 59 tracas associés à différents domaines: soi, famille, pairs, perspectives d'avenir et école. Par rapport à la version de Bobo et al. (1986), certains items ont été retranchés alors que d'autres ont été ajoutés, selon leur pertinence. L'Échelle d'Évaluation des Tracas Quotidiens à la Préadolescence mesure la fréquence des tracas quotidiens survenus au cours des six derniers mois et permet également une évaluation cognitive du degré d'intensité de l'embêtement engendré par chacun. Elle a été prétestée auprès d'un échantillon suisse francophone de préadolescents ($N = 66$), puis auprès de 225 préadolescents (âge moyen de 13,8 ans; Plancherel et al., 1997). Une analyse factorielle à composantes principales avec rotation Varimax effectuée sur les 59 items a permis de dégager une structure en cinq facteurs dont la cohérence interne est satisfaisante: frustrations ($\alpha = .78$), malaises personnels et relationnels ($\alpha = .84$), conflit avec les parents ($\alpha = .79$), école et avenir ($\alpha = .77$), de même qu'anxiété et isolement émotionnel ($\alpha = .71$). Les items retenus sont ceux dont la saturation est plus grande ou égale à .40¹. Une seconde étude de validation francophone, cette fois-ci québécoise ($N = 297$), a été réalisée par Dumont (1997b). Elle met en évidence quatre facteurs indépendants dont la

¹Cette analyse suggère donc différents domaines de tracas clairement circonscrits chez les jeunes. La structure factorielle résultante diffère légèrement de celle obtenue par Bobo et al. (1986): celle des auteurs américains permet de dégager huit dimensions se rapportant aux domaines suivants: école, pairs, avenir, dépendances (tabac, alcool, drogue), parents, travail, ennuis divers et argent. La différence entre les deux structures factorielles peut être due à la différence d'âge entre les deux échantillons (les sujets du SUPEA étant légèrement plus âgés), de même qu'aux choix méthodologiques. En effet, l'instrument adapté par le SUPEA (1993) comporte 59 items, alors que celui créé par Bobo et al. (1986) en contient 68. De plus, l'échelle suisse francophone va de 0 à 4 et le niveau 1 correspond à *n'être pas du tout gêné*, alors que l'instrument américain va de 0 à 3 et le niveau 1 correspond à *être un peu gêné*. Par ailleurs, selon Plancherel et al. (1997), pour les fins d'analyses, le 0 doit être considéré comme égal à 1, car il semble difficile d'admettre une différence quantitative, ou même ordinale, entre « ne pas avoir tel tracas » et « l'avoir, mais ne pas en être gêné ».

cohérence interne est supérieure à celle de Plancherel et al. (1997): école-soi ($\alpha = .84$), famille ($\alpha = .84$), pairs ($\alpha = .77$), punitions et rejets ($\alpha = .77$). Or, compte tenu de ces résultats et de la similarité de la culture et de l'âge des sujets de cette étude (141 étudiants de secondaire II âgés en moyenne de 14 ans ainsi que 156 étudiants de secondaire V âgés en moyenne de 16 ans), la structure factorielle tirée des analyses de Dumont (1997b) a été retenue pour la présente étude.

Pour compléter ce questionnaire, le sujet doit indiquer dans quelle mesure chacun des 59 tracés l'a affecté au cours des six derniers mois selon une échelle de type Likert à quatre points allant de *pas du tout gêné/embêté* (1) à *très gêné/embêté* (4). Par ailleurs, si le sujet n'a pas vécu le tracé mentionné, il doit cocher *pas eu ce problème* (0). Voici un énoncé à titre d'exemple: *Être l'objet de moqueries de la part de mes camarades*. Enfin, cet instrument nécessite environ dix minutes pour être rempli.

Questionnaire sur l'anxiété physico-sociale: SPAS: L'instrument ayant permis de mesurer l'anxiété physico-sociale est l'Échelle d'Anxiété Physico-Sociale (voir Appendice E), traduction libre du Social Physique Anxiety Scale (SPAS), échelle originale créée par Hart et al. (1989)¹. Le SPAS évalue l'anxiété (tension, nervosité) ou son opposé

¹La version initiale du SPAS comprenait 30 items et parmi ceux-ci, 22 ont été retenus selon le degré d'accord inter-juges. Puis, sur la base d'un échantillon de 195 sujets (97 femmes et 98 hommes) de niveau universitaire, une analyse factorielle à composantes principales a été effectuée et les résultats ont démontré que 14 de ces 22 items présentaient un degré de saturation supérieur à .60. Enfin, trois de ces 14 items ont été rejetés en raison de leur redondance et un a été ajouté, d'où le total des 12 items figurant dans la version actuelle, utilisée dans le cadre de ce mémoire. Le même pattern a été observé après une seconde analyse factorielle à composantes principale basée sur les réponses d'un échantillon de 56 étudiants universitaires.

(relaxation, confort) expérimentés par le sujet lorsque quelqu'un évalue son apparence physique. Voici un exemple d'énoncé: *En présence d'autrui, je m'inquiète de l'apparence de mon physique*. Le sujet doit indiquer la fréquence de l'anxiété ressentie selon une échelle de type Likert à cinq points allant de *Jamais* (1) à *La plupart du temps* (5). Bien que le SPAS ait été validé auprès de jeunes adultes, l'administration à des adolescents est jugée adéquate selon l'expérimentatrice.

Le SPAS (version à 12 items utilisée au sein de la présente étude) présente une consistance interne de .90 et une fidélité test-retest (intervalle de huit semaines) de .82, ce qui est très satisfaisant (Hart et al., 1989). Le temps requis pour compléter l'ensemble du questionnaire est d'environ cinq minutes.

Mesure de l'estime de soi: Questionnaire À quoi je ressemble: L'instrument À quoi je ressemble (SUPEA, 1990) est la traduction française du What am I like pour adolescents créé par Harter (1988). Ce questionnaire est destiné aux jeunes de la 9e à la 12e année scolaire. Il peut toutefois être administré à ceux de la 7e et de la 8e année, selon le jugement de l'expérimentateur (Harter, 1988). Le What am I like pour adolescents est une version découlant du What am I like destiné aux enfants (Harter, 1985) et est apparenté à ce dernier. En effet, la version pour adolescents comprend les mêmes six sous-échelles que la version pour enfants, à savoir la compétence scolaire, la compétence physique, les relations sociales, l'apparence physique, la conduite et la valeur propre (estime de soi globale), en plus de trois sous-échelles additionnelles couvrant des domaines propres aux adolescents: la compétence à l'emploi, les relations amicales (meilleurs amis) et l'attraction interpersonnelle au plan amoureux. En somme, la version pour adolescents mesure l'estime de soi selon neuf sous-échelles couvrant huit domaines

spécifiques de compétence, la neuvième sous-échelle, retenue pour la présente étude, étant destinée à évaluer la perception globale qu'a l'individu de lui-même (estime de soi globale). Chacune des neuf sous-échelles contient cinq items. Le questionnaire est donc composé de 45 énoncés formulés comme l'exemple suivant: *Il y a des jeunes qui sont souvent insatisfaits d'eux-mêmes MAIS d'autres jeunes sont souvent satisfaits d'eux-mêmes*. Cet exemple d'énoncé appartient à l'échelle d'estime de soi globale utilisée dans ce mémoire.

Pour compléter ce questionnaire, le sujet doit prendre deux décisions: choisir entre le jeune décrit du côté gauche du questionnaire et celui décrit du côté droit selon celui qui lui ressemble le plus, puis préciser si ce jeune est *vraiment comme lui* ou *tout à fait comme lui*. Les sujets répondent donc sur une échelle en quatre points, variant de 1 à 4 si l'énoncé de gauche est négatif et celui de droite positif, ou de 4 à 1 si l'énoncé de gauche est positif et celui de droite négatif. Le chiffre 4 indique une perception positive de soi et le chiffre 1 une perception négative de soi. La durée de passation de ce questionnaire est d'approximativement dix minutes.

L'instrument original a été validé auprès de quatre échantillons d'adolescents (A, B, C, D; $N = 651$) allant de la 9e à la 12e année scolaire. Tous provenaient du Colorado, étaient issus de milieux socio-économiques faibles à élevés et 90% étaient Caucasiens. Une analyse factorielle à composantes principales avec rotation oblique a été effectuée sur les items composant huit des neuf sous-échelles. Cette rotation oblique visait à maximiser l'inter-relation entre les items servant à définir chaque dimension. Les résultats obtenus révèlent que chacune définit adéquatement son facteur et ce pour les quatre échantillons. La 9e sous-échelle, soit l'estime de soi globale (ou valeur propre), n'a pas été incluse dans

les analyses factorielles, puisque selon Harter (1988), l'estime de soi globale est qualitativement différente des descriptions de soi associées aux huit domaines de compétence. En effet, elle constitue un facteur distinct, compte tenu du fait qu'elle est déterminée par le degré de compétence dans un domaine jugé important par l'individu et que l'importance accordée à ce domaine varie d'un individu à l'autre. Par ailleurs, les coefficients alpha de Cronbach obtenus par Harter (1988) pour chacune des neuf sous-échelles sur la base des quatre échantillons démontrent une cohérence interne très acceptable, plus spécifiquement ceux pour la sous-échelle « estime de soi globale » ($\alpha = .89, .80, .85, .88$, respectivement pour les échantillons A, B, C et D).

Mesure de la dimension « apparence physique »: Échelle d'Apparence Physique tirée du SDQ-II: Pour les besoins de la présente étude, les items de l'échelle évaluant l'apparence physique de l'instrument SDQ-II (Marsh, 1990; voir Appendice E) ont été jugés plus appropriés que ceux figurant dans le Qui suis-je (Harter, 1988) détaillé ci-haut. En effet, les items de l'échelle de Harter sont moins finement détaillés que ceux de l'échelle de Marsh et figurent en moins grand nombre (respectivement cinq et huit items). Cette variable a donc été mesurée par l'échelle évaluant l'apparence physique tirée du SDQ-II, dont voici la description.

L'Échelle d'Apparence Physique est une traduction francophone d'une des 11 sous-échelles du SDQ-II (Self-Description Questionnaire-II) réalisé par Marsh (1990). Le SDQ-II est un instrument mesurant 11 dimensions du concept de soi, (dont celle de l'apparence physique, retenue dans ce mémoire) et s'adresse aux adolescents âgés entre 11 et 18 ans. Le SDQ-II est une version découlant de l'instrument original, le SDQ-I (Marsh, 1988), destiné aux enfants de la quatrième à la sixième année élémentaire. Il contient les

sept mêmes sous-échelles, à savoir la lecture, les mathématiques, l'école en général, les habiletés physiques, l'apparence physique, les relations avec les parents et les relations avec les pairs. L'échelle des relations avec les pairs a cependant été divisée en « relations avec les pairs du même sexe » et « relations avec les pairs du sexe opposé ». De plus, deux nouvelles sous-échelles y ont été ajoutées, à savoir la stabilité émotionnelle et l'honnêteté, de même qu'une sous-échelle mesurant le concept de soi général.

Le SDQ-II contient 102 énoncés auxquels le sujet doit répondre selon une échelle de type Likert en six points graduée comme suit: *Faux* (1), *Plutôt faux* (2), *Plus faux que vrai* (3), *Plus vrai que faux* (4), *Plutôt vrai* (5), *Vrai* (6). Un score distinct pour chaque sous-échelle, de même qu'un score global évaluant le concept de soi peuvent être calculés sur la base des réponses obtenues au questionnaire. Voici un exemple d'énoncé tiré de cette sous-échelle: *Je déteste mon apparence physique*.

En ce qui a trait aux qualités psychométriques du SDQ-II, la validité de contenu a été démontrée par une analyse factorielle à composantes principales avec rotation oblique révélant 11 facteurs correspondant à chacune des 11 sous-échelles. De plus, la fidélité test-retest donne des coefficients alpha de Cronbach supérieurs à .80 pour chacune des 11 sous-échelles, celui de la sous-échelle « apparence physique » étant particulièrement élevé ($\alpha = .91$).

Questionnaire sur les stratégies d'adaptation: A-Cope: Cet instrument, version française de l'Adolescent Coping Orientation for Problems Experiences (A-Cope) créé par Patterson et McCubbin (1983), a été adapté par le SUPEA (1990). Il permet d'identifier

les stratégies que les préadolescents et adolescents rapportent utiliser pour faire face à des problèmes ou des situations difficiles. Il est composé de 54 questions auxquelles le sujet doit répondre en indiquant la fréquence à laquelle il a utilisé la stratégie proposée selon une échelle de type Likert à 5 points allant de *Jamais* (1) à *La plupart du temps* (5).

Le A-Cope a été validé auprès d'un échantillon francophone de 276 préadolescents suisses (âge moyen de 13,8 ans; Plancherel et al., 1993). Suite à une analyse factorielle à composantes principales avec rotation Varimax effectuée sur 46 items (huit ayant été éliminés puisqu'ils consistaient en des stratégies de *coping* peu utilisées par les sujets), huit facteurs ont été retenus. Le pourcentage de la variance expliquée était de 58,8%. L'analyse de cohérence interne pour chacun de ces facteurs est adéquate, telle qu'indiquée par les coefficients alpha de Cronbach suivants: relations sociales ($\alpha = .75$), famille ($\alpha = .72$), sentiments négatifs ($\alpha = .75$), engagement ($\alpha = .67$), humour ($\alpha = .70$), distractions ($\alpha = .64$), activités scolaires ($\alpha = .67$) et consommation ($\alpha = .52$; Plancherel et al., 1993). La composition de ces facteurs s'apparente à celle tirée des analyses de Patterson et McCubbin (1983) effectuées sur un échantillon de 467 adolescents nord-américains (âge moyen = 15,6 ans), qui obtiennent 12 facteurs: ventilation des émotions ($\alpha = .75$), distractions ($\alpha = .75$), engagement ($\alpha = .69$), relations sociales ($\alpha = .75$), famille ($\alpha = .71$), évitement des problèmes ($\alpha = .71$), recherche de support spirituel ($\alpha = .72$), investissement dans les amitiés intimes ($\alpha = .76$), recherche de support professionnel ($\alpha = .50$), activités scolaires ($\alpha = .67$), humour ($\alpha = .72$) et relaxation ($\alpha = .60$). Le pourcentage de la variance expliquée est de 60%. Étant donné la similarité entre l'étude suisse et la nôtre (sujets francophones; âge moyen de 14,6 ans), la structure factorielle tirée des analyses de Plancherel et al. (1993) sera utilisée dans la présente étude. Cet instrument requiert environ dix minutes pour être complété.

2.3 Déroulement

Le projet a été présenté aux jeunes comme étant une étude sur le stress à l'adolescence. L'administration du protocole de recherche au groupe contrôle s'est déroulée de façon collective en classe, alors que celle pour les adolescents du groupe clinique s'est déroulée de façon individuelle à la résidence du sujet. Chaque sujet avait auparavant complété un formulaire de consentement dûment signé par un parent (voir Appendice D). Notez que chacun des instruments est conçu pour être administré en groupe ou individuellement. Afin d'obtenir la collaboration des deux polyvalentes participantes, l'expérimentatrice les contacta d'abord par téléphone, puis leur fit parvenir une lettre décrivant la nature du projet et l'aide sollicitée. Enfin, elle rencontra les professeurs concernés afin d'officialiser leur collaboration (voir Appendice A). Par ailleurs, la prise de contact avec les trois dermatologues s'est également déroulée en trois étapes: l'expérimentatrice leur téléphona afin de solliciter leur collaboration, puis les rencontra et leur remit les formulaires de consentement destinés aux patients concernés ainsi que les fiches d'identification des sujets et enfin, elle leur fit parvenir une lettre résumant la nature des tâches reliées à leur collaboration (voir Appendice F).

L'expérimentation auprès du groupe contrôle s'est déroulée au mois de novembre 1996. La passation a eu lieu au cours d'une période de classe de 60 minutes. Les étudiants prenaient en moyenne 40 minutes pour répondre à l'ensemble des questionnaires, bien que la totalité de la période leur était allouée. Par ailleurs, l'expérimentation auprès des sujets du groupe clinique s'est échelonnée sur les mois de septembre 1996 à juin 1997. L'ordre de passation des questionnaires fut le même pour les deux groupes. L'expérimentatrice lisait les instructions à voix haute, questionnaire par questionnaire, et

des précisions pouvaient être apportées si un étudiant en manifestait le besoin. Enfin, un tirage de billets de cinéma s'est déroulé parmi les sujets des groupes contrôle et clinique afin de les remercier de leur collaboration.

Résultats

Le présent chapitre est scindé en deux volets: Le premier aborde l'analyse des données (construction des scores), alors que le second présente les résultats des analyses statistiques.

3.1 L'analyse des données

Il importe de rappeler les transformations qui doivent être effectuées sur les scores bruts de chaque questionnaire (s'il y a lieu), celles-ci générant les indicateurs de mesure qui feront l'objet des différentes analyses statistiques de cette étude. Par conséquent, les paragraphes qui suivent détaillent la construction des scores pour chacun des instruments de mesure utilisés.

Échelle d'Évaluation des Tracas Quotidiens à la Préadolescence: Cet instrument fournit deux scores distincts: un score de fréquence et un score d'intensité ressentie. Le premier est obtenu par l'addition du nombre de tracas expérimentés par le sujet parmi les 59 items proposés (scores variant de 0 à 59). Pour ce faire, les items pour lesquels le sujet a répondu *Pas du tout gêné* (1) à *Très gêné* (4) sont cotés 1, alors que ceux pour lesquels il a répondu *Pas eu ce problème* (0) sont bien-entendu exclus du calcul. Par ailleurs, le second score correspond à la moyenne de l'intensité associée aux tracas propres à chacune

des quatre dimensions mises en évidence par l'analyse factorielle de Dumont (1997b): école-soi; famille; pairs; punitions-rejets. Il peut varier de 1 à 4 et indique l'importance du caractère pénible de ces quatre domaines de tracas.

Échelle d'Anxiété Physico-Sociale (SPAS): Cette échelle fournit un score unique d'anxiété physico-sociale correspondant à la somme des réponses (échelle Likert graduée de *Jamais* [1] à *La plupart du temps* [5]) obtenues pour chaque item. Le score peut donc se situer entre 12 et 60. Pour les fins de calculs et d'analyses, la pondération des réponses aux items 1, 2, 5, 8 et 11 doit être inversée (c.-à-d. 5 = 1; 4 = 2 etc.), ceux-ci étant formulés positivement (Hart et al., 1989).

Questionnaire À Quoi je ressemble?: Le score propre à la dimension « estime de soi globale » retenue pour la présente étude est obtenu en effectuant la moyenne des réponses aux cinq items appartenant à cette sous-échelle. Il peut se situer entre 1 et 4, les sujets répondant sur une échelle en quatre points (1 et 4 = *Vraiment comme moi*; 2 et 3 = *À peu près comme moi*). Plus le score est élevé, plus le sujet a une bonne estime de lui-même.

Échelle d'Apparence Physique tirée du SDQ-II: Le score brut pour la dimension « apparence physique » correspond à l'addition des réponses fournies aux huit items de cette sous-échelle (échelle Likert graduée de 1 à 6; *Faux* [1], *Plutôt faux* [2]... *Vrai* [6]). Pour les fins de calculs et d'analyses, ce score doit être converti en un score T ($M = 50$, $\bar{E.T.} = 10$), ce dernier correspondant à un rang percentile qui diffère selon le sexe du répondant (le manuel d'instructions contient une table fournissant les résultats de la conversion des scores bruts en scores T et en rangs percentiles; voir Appendice G). Un score brut égal ou supérieur à 34 pour les garçons et à 28 pour les filles correspond à une auto-évaluation positive de son apparence physique. De plus, la pondération des réponses aux items 1, 3, 5 et 7 doit être inversée pour les calculs, ceux-ci étant formulés négativement (c.-à-d. 1 = 6; 2 = 5; 3 = 4; 4 = 3 etc.).

Questionnaire sur les stratégies d'adaptation: A-Cope: Deux scores peuvent être calculés sur la base des réponses obtenues au A-Cope. Le premier consiste en un score de diversité des stratégies utilisées. Il est obtenu par l'addition du nombre de stratégies employées par le sujet parmi l'ensemble des 54 items proposés. Pour ce faire, les items pour lesquels le sujet a répondu *Presque jamais* (2) à *La plupart du temps* (5) sont cotés 1 alors que ceux pour lesquels il a répondu *Jamais* (1) sont bien-entendu exclus du calcul. Par ailleurs, le second score est un score de fréquence d'utilisation des stratégies propres à chacune des huit dimensions mises en évidence par l'analyse factorielle de Plancherel et al. (1993). Il est obtenu en utilisant la moyenne du score de fréquence d'utilisation obtenue

pour chaque item (moyenne: *Jamais utilisée* [1] à *La plupart du temps utilisée* [5]). Enfin, il est à noter que la pondération des réponses à l'item 8 *s'absenter de la maison* doit être inversée pour les fins de calculs et d'analyses (c.-à -d. 5 = 1; 4 = 2 etc.), cet item ayant obtenu une saturation négative sur le facteur « *coping* familial », qui regroupe des items à connotation positive (Plancherel et al., 1993).

Tel que déjà mentionné, le but principal de cette étude consiste à comparer un groupe d'adolescents acnéiques et un groupe normatif sur les variables de stress, de détresse psychologique et de facteurs de protection. Quatre hypothèses de recherche, précédemment exposées, en ont découlé. Les paragraphes qui suivent les rappellent brièvement et précisent les types d'analyses utilisées pour y répondre:

Les deux premières hypothèses de travail sous-tendent des différences entre les groupes clinique et contrôle (hypothèse 1) et entre les garçons et les filles de l'échantillon total ($N = 73$; hypothèse 2) quant à l'ensemble des variables dépendantes à l'étude. Toutes deux sont mises à l'épreuve à l'aide d'analyses de variance univariées exécutées par la commande statistique Manova. Par ailleurs, la troisième hypothèse propose la présence d'une relation positive entre le stress (intensité des tracas) et la détresse psychologique (anxiété physico-sociale) et suggère également que les facteurs protecteurs entretiennent une relation négative avec les mesures de stress et de détresse psychologique, ceci pour les deux groupes à l'étude. Des corrélations de Pearson sont

calculées afin de mesurer ces liens. Enfin, le rôle protecteur de l'estime de soi de même que celui du *coping* social dans la relation stress-détresse est évalué à l'aide d'une analyse de variance exécutée par la commande statistique Anova (hypothèse 4). Pour ce faire, on se doit de dichotomiser la variable stress (peu, beaucoup) et la variable protectrice (p. ex., estime de soi faible, estime de soi élevée) sur la base d'un point de coupure (1/3 inférieur et 1/3 supérieur de la distribution), tout en maintenant la variable détresse (anxiété physico-sociale) comme une variable continue (variable dépendante).

3.2 Présentation des résultats

La présentation des résultats comporte sept étapes distinctes: la première étape résume les données descriptives propres aux groupes clinique ($n = 36$) et non clinique ($n = 37$) et ce dans le but de s'assurer qu'il n'y ait pas de biais d'échantillonnage. La seconde révèle la cohérence interne de chaque instrument de mesure obtenue auprès de l'ensemble des sujets à l'étude ($N = 73$), témoignant de la fiabilité des instruments utilisés. Les troisième et quatrième étapes fournissent les moyennes, les écarts-types et les différences de moyennes calculés sur les variables dépendantes en fonction des groupes clinique et contrôle (hypothèse 1) et en fonction de chaque sexe (hypothèse 2). Ce premier traitement des données permet d'orienter les autres analyses. Puis, la cinquième étape présente respectivement pour les groupes clinique et contrôle une matrice de corrélations précisant les relations entre les différentes mesures de stress, de détresse et de facteurs protecteurs (hypothèse 3). Enfin, la sixième étape précise le rôle protecteur potentiel de

l'estime de soi et du *coping* social dans la relation observée entre les tracas quotidiens et l'anxiété physico-sociale et ce pour l'ensemble des sujets ($N = 73$) (hypothèse 4). Pour clore ce chapitre, la septième étape présente à titre descriptif les dix principaux tracas quotidiens et les dix principales stratégies d'adaptation rapportées par l'ensemble des sujets.

3.2.1 Comparabilité des Groupes Clinique et Contrôle

Le tableau 1 décrit les données socio-démographiques de l'échantillon total. Il permet de constater que les deux groupes à l'étude sont comparables sur les variables « sexe » et « statut familial ». En revanche, l'analyse de variance effectuée sur la variable « âge moyen » révèle que le groupe clinique se différencie du groupe contrôle ($t(71) = 3.67$ $p = .000$). En effet, il est possible d'observer que les sujets du groupe contrôle sont significativement plus âgés que ceux du groupe clinique. Par ailleurs, le chi carré calculé sur la distribution des sujets pour chaque niveau d'âge indique la présence d'une différence significative ($\chi^2 (3, N = 73) = 14.58$ $p < .01$). Un croisement est effectivement observé entre les tranches de 13 ans et 16 ans: Les sujets de 13 ans composent 3% du groupe clinique et 27% du groupe contrôle et ceux de 16 ans se retrouvent respectivement à 39% et 11% pour les groupes clinique et contrôle.

Tableau 1
Comparaison des Groupes Clinique et Contrôle

		Clinique (n = 36)	Contrôle (n = 37)	Différence Statistique p <
<i>Âge moyen (ans)</i>		15.03	14.22	.001
<i>Écart - type (mois)</i>		(10.92)	(11.76)	
13 ans		3%	27%	.01
14 ans		31%	35%	
15 ans		28%	27%	
16 ans		39%	11%	
<i>Sexe</i>	Filles	36%	43%	n.s.
	Garçons	64%	57%	
<i>Statut familial</i>				n.s.
Parents vivent ensemble mariés		69%	64%	
Parents vivent ensemble non mariés		3%	3%	
Parents séparés		11%	3%	
Parents divorcés		11%	24%	
Père décédé		6%	-	
Mère décédée		-	3%	
Autre		-	3%	

3.2.2 Fiabilité des instruments de mesure

Le tableau 2 met en évidence la consistance interne des instruments de mesure employés. L'étude de validation a été effectuée auprès des 73 sujets de la présente recherche. Les alphas de Cronbach observés témoignent de l'homogénéité des items entre eux pour chacun des instruments utilisés. D'une part, l'analyse de cohérence interne indique des alphas de Cronbach variant de .62 à .87 pour les facteurs des tracasseries quotidiennes. D'autre part, on observe un alpha de .90 pour la mesure de l'anxiété psychosociale, de .79 pour la mesure de l'estime de soi et de .91 pour celle de l'apparence physique, ce qui est très satisfaisant. En ce qui concerne le questionnaire sur les stratégies d'adaptation (A-Cope), les alphas de Cronbach obtenus dans notre étude pour les huit dimensions distinguées par Plancherel et al. (1993) sont peu satisfaisants: famille ($\alpha = .51$), engagement ($\alpha = .53$), humour ($\alpha = .56$), distraction ($\alpha = .50$), activités scolaires ($\alpha = .00$), consommation ($\alpha = .48$), relations sociales ($\alpha = .60$) et sentiments négatifs ($\alpha = .73$). Or, seul le facteur « relations sociales » ou « *coping* social » a été retenu pour les analyses subséquentes, ce dernier constituant selon la littérature un type de stratégie fréquemment utilisé par les adolescents, particulièrement par les filles (Plancherel et al., 1993). Il sera notamment utilisé pour la quatrième hypothèse qui évalue sa fonction protectrice dans le lien stress-détresse. Par ailleurs, bien que l'alpha de Cronbach pour le facteur « sentiments négatifs » soit satisfaisant, il n'a pas été retenu puisqu'il ne peut jouer le rôle de facteur protecteur.

Tableau 2
Cohérence Interne des Instruments de Mesure

Facteurs	Alpha de Cronbach
Stress	
<i>Tracas quotidiens</i>	
Ecole-Soi	.87
Famille	.72
Pairs	.76
Punitions et rejets	.62
Détresse	
<i>Anxiété physico-sociale (SPAS)</i>	.90
Facteurs de protection	
<i>« Self »</i>	
Estime de soi	.79
Apparence physique	.91
<i>« Coping »</i>	
Relations sociales	.60

3.2.3 Hypothèse de comparaison des groupes clinique et contrôle

Le troisième tableau présente les moyennes et les écarts-types en fonction des groupes clinique et contrôle.

Tableau 3

Moyennes, Écarts-Types et Différences de Moyennes en fonction des Groupes Clinique et Contrôle sur chacune des Variables

Variables	Clinique (<i>n</i> = 36)		Contrôle (<i>n</i> = 37)		Différence statistique
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
<i>Tracas quotidiens</i>					
Fréquence	29.57	10.76	24.42	10.20	4.29 *
Degré d'intensité	.97	.46	.87	.48	n.s.
École-Soi	1.42	.70	1.12	.64	3.59 ^a
Famille	.93	.54	.83	.54	n.s.
Pairs	.71	.57	.72	.67	n.s.
Punitions et rejets	.64	.47	.64	.48	n.s.
<i>Anxiété Physico-Sociale</i>					
<i>« Self »</i>					
Estime de soi	3.00	.62	3.21	.57	n.s.
Apparence physique	33.09	7.39	35.97	7.54	n.s.
<i>« Coping »</i>					
Diversité des stratégies	42.80	5.71	39.83	7.70	3.38 ^b
Fréquence d'utilisation	2.77	.30	2.67	.35	n.s.
Relations sociales	3.29	.46	3.22	.58	n.s.

* $p < .05$. Tendances: ^a $p = .06$. ^b $p = .07$.

L'analyse de variance¹ révèle que le groupe clinique se différencie du groupe contrôle sur la variable « fréquence des tracas quotidiens ». Il est effectivement possible de constater que le groupe clinique expérimente un plus grand nombre de tracas quotidiens ($F(1, 67) = 4.29, p < .05$) que le groupe contrôle. Toutefois, il importe de noter que les sujets du groupe clinique ne jugent pas les tracas plus négativement que ceux du groupe contrôle ($F(1,67) = .83, p > .05$). Par ailleurs, les résultats démontrent que les sujets cliniques ont tendance à expérimenter plus de tracas reliés à l'école et au soi ($F(1, 67) = 3.59, p = .06$) ainsi qu'à utiliser des stratégies de *coping* plus diversifiées ($F(1, 67) = 3.38, p = .07$) que les sujets normatifs. Enfin, il n'y a aucune différence significative entre les groupes sur l'anxiété physico-sociale, les deux mesures du self et la fréquence d'utilisation du *coping*, particulièrement celle des relations sociales. Notons toutefois qu'il est possible d'observer des résultats allant dans le sens de l'hypothèse, quoique non significatifs: le groupe clinique présente des moyennes un peu plus élevées pour la mesure d'intensité des tracas, la présence de tracas reliés à la famille et l'anxiété physico-sociale, alors que le groupe contrôle affiche des moyennes un peu plus élevées pour les deux mesures du self.

¹ Une analyse de variance unifactorielle exécutée par la commande statistique Manova a été utilisée plutôt qu'un test T de Student, ceci afin de contrôler l'erreur de type 1.

3.2.4 Hypothèse des différences sexuelles

Le tableau 4 présente les moyennes et écarts-types en fonction des sexes pour l'ensemble de l'échantillon ($N = 73$). L'analyse de variance univariée révèle que les filles se différencient des garçons uniquement sur la variable de l'anxiété physico-sociale ($F(1,67) = 5.17, p < .05$). En effet, les résultats démontrent qu'elles vivent un degré d'anxiété physico-sociale plus élevé que les garçons ($M = 33.93$ vs $M = 28.51$). Par ailleurs, il n'y a aucune différence significative sur les autres variables à l'étude. Toutefois, il est possible d'observer des résultats allant dans le sens de l'hypothèse, quoique non significatifs: les filles présentent des moyennes un peu plus élevées pour les mesures d'intensité et de fréquence des tracas quotidiens, pour les tracas reliés à l'école-soi et aux pairs, de même que pour la fréquence d'utilisation du *coping* et la diversité des stratégies utilisées. Quant aux garçons, ils présentent des moyennes un peu plus élevées pour les tracas reliés à la famille, aux punitions et au rejet ainsi que pour les deux mesures du self.

En regard de ce premier traitement des données, nous avons choisi d'exclure des analyses subséquentes les quatre dimensions des tracas quotidiens, les deux groupes et les deux sexes ne présentant aucune différence significative sur ces variables. Quant à la fréquence d'utilisation des relations sociales, dimension plus spécifique des stratégies

Tableau 4
Moyennes, Écart-Types et Différences Sexuelles sur chacune des Variables

Variables	Filles (<i>n</i> = 29)		Garçons (<i>n</i> = 44)		Différence Statistique
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
<i>Tracas quotidiens</i>					
Fréquence	27.07	11.28	26.88	10.48	n.s.
Degré d'intensité	.95	.45	.90	.49	n.s.
École-Soi	1.34	.69	1.22	.68	n.s.
Famille	.85	.56	.89	.52	n.s.
Pairs	.82	.57	.65	.64	n.s.
Punitions et Rejets	.54	.41	.71	.50	n.s.
<i>Anxiété Physico-Sociale</i>	33.93	9.03	28.51	10.09	5.17*
<i>« Self »</i>					
Estime de soi	3.04	.67	3.16	.55	n.s.
Apparence physique	33.11	7.78	35.49	7.34	n.s.
<i>« Coping »</i>					
Diversité des stratégies	42.32	5.85	40.63	7.51	n.s.
Fréquence d'utilisation	2.79	.28	2.68	.36	n.s.
Relations sociales	3.23	.54	3.27	.51	n.s.

* $p < .05$.

d'adaptation, elle sera conservée pour la quatrième hypothèse au même titre que l'estime de soi, en raison de son rôle protecteur potentiel.

3.2.5 Hypothèse du lien stress–facteurs protecteurs–détresse

Le tableau 5 présente une matrice de corrélations de Pearson entre les mesures de stress, de détresse psychologique et de facteurs protecteurs pour le groupe clinique. D'une part, les résultats confirment le lien stress–détresse. En effet, la relation entre l'état de se sentir stressé (score d'intensité des tracas) et la détresse psychologique (score d'anxiété physico-sociale) est positive et significative ($r = .62, p = .000$), tout comme celle entre la fréquence moyenne des micro-stresseurs et l'anxiété physico-sociale, qui est cependant plus modeste ($r = .33, p < .05$). D'autre part, en ce qui a trait aux relations entretenues entre les mesures de stress, de détresse et de facteurs protecteurs, on observe que l'état de se sentir stressé corrèle fortement avec la fréquence des tracas quotidiens ($r = .83, p = .000$) et qu'il entretient une relation significative et négative avec l'estime de soi ($r = -.52, p = .001$) et l'auto-évaluation de l'apparence physique ($r = -.50, p < .01$). Toujours concernant les tracas quotidiens, leur fréquence corrèle significativement et négativement avec l'auto-évaluation de l'apparence physique ($r = -.36, p < .05$). Par ailleurs, l'anxiété physico-sociale corrèle significativement et négativement avec l'estime de soi ($r = -.60, p = .000$) et l'auto-évaluation de l'apparence physique ($r = -.72, p = .000$) et on note une relation positive et significative entre la fréquence d'utilisation du *coping* et la diversité des stratégies employées ($r = .73, p = .000$), de même qu'une relation significative et négative entre cette dernière variable et l'auto-évaluation de l'apparence physique ($r = -.36, p < .05$).

Tableau 5

Corrélations entre les mesures de Stress, de Détresse et de Facteurs Protectors pour le Groupe Clinique ($n = 36$)

Variables	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1.Intensité Tracas	–	.83 ^a	.62 ^a	–.52 ^b	–.50 ^c	.33	.28
2.Fréquence Tracas		–	.33 ^d	–.25	–.36 ^d	.25	.31
3.Anxiété			–	–.60 ^a	–.72 ^a	.30	.28
4.Estime de soi				–	.25	–.21	–.05
5.Apparence physique					–	–.24	–.36 ^d
6.Utilisation du <i>coping</i>						–	.73 ^a
7.Diversité du <i>coping</i>							–

^a $p = .000$. ^b $p = .001$. ^c $p < .01$. ^d $p < .05$.

Enfin, contrairement aux résultats attendus, les deux mesures de *coping* n'entretiennent aucune relation significative avec les deux mesures de stress, l'anxiété physico-sociale et l'estime de soi et il n'existe aucun lien significatif entre cette dernière variable et l'auto-évaluation de l'apparence physique.

Le tableau 6 présente une seconde matrice de corrélations entre les mesures de stress, de détresse psychologique et de facteurs protecteurs, cette fois-ci pour le groupe contrôle. Il est possible d'y observer des résultats similaires à ceux du groupe clinique. En effet, en ce qui concerne le lien stress-détresse, on note une relation significative et

positive entre la perception négative du stress et la détresse psychologique ($r = .48, p < .01$). De plus, on note que l'état de se sentir stressé corrèle positivement et fortement avec la fréquence des tracas quotidiens ($r = .83, p = .000$), résultat identique à celui obtenu pour le groupe clinique. En ce qui a trait à l'anxiété physico-sociale, les résultats indiquent qu'elle corrèle significativement et négativement avec l'estime de soi ($r = -.62, p = .000$) ainsi qu'avec l'auto-évaluation de l'apparence physique ($r = -.78, p = .000$). Notons que ces deux dernières corrélations sont très semblables à celles obtenues pour le groupe clinique (respectivement $r = -.60, p = .000$ et $r = -.72, p = .000$). Enfin, on observe une relation positive et significative entre la fréquence d'utilisation des stratégies de *coping* et leur diversité ($r = .86, p = .000$). Par ailleurs, contrairement à l'absence de relation significative entre l'estime de soi et l'auto-évaluation de l'apparence physique observée pour le groupe clinique, la corrélation entre ces deux variables est significative et plutôt élevée pour le groupe contrôle ($r = .75, p = .000$). De plus, en opposition aux résultats obtenus pour le groupe clinique, il n'existe pas de relation significative entre les deux mesures de stress et les deux mesures du self, ni entre la fréquence des tracas quotidiens et l'anxiété physico-sociale, ni d'ailleurs entre l'auto-évaluation de l'apparence physique et la diversité des stratégies de *coping* employées.

Tableau 6

Corrélations entre les mesures de Stress, de Détresse et de Facteurs Protecteurs pour le Groupe Contrôle ($n = 37$)

Variables	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7
1.Intensité Tracas	–	.83 ^a	.48 ^b	–.28	–.31	.06	.13
2.Fréquence Tracas		–	.22	–.12	–.15	.11	.20
3.Anxiété			–	–.62 ^a	–.78 ^a	–.08	–.01
4.Estime de soi				–	.75 ^a	.28	.15
5.Apparence physique					–	.03	–.02
6.Utilisation du <i>coping</i>						–	.86 ^a
7.Diversité du <i>coping</i>							–

^a $p = .000$. ^b $p < .01$.

Il importe de préciser qu'une analyse de différences de corrélations¹ a été effectuée afin de vérifier s'il existait des différences significatives entre les coefficients de corrélations obtenus pour les groupes clinique et contrôle. Or, seule la relation entre

¹ Le calcul de différence de coefficients de corrélation a été effectué à partir de la formule suivante: $\frac{Z_{r_1} - Z_{r_2}}{\sigma_{d_2}}$ où $Z_{r_1} - Z_{r_2}$ représente la différence entre les deux coefficients de corrélation transformés en cote Z de Fisher et σ_{d_2} représente l'erreur-type d'une différence entre deux coefficients Z de Fisher, calculée comme suit: $\sigma_{d_2} = \sqrt{\frac{1}{N_1 - 3} + \frac{1}{N_2 - 3}}$. Enfin, Z représente une proportion en termes d'unités de la courbe normale. La valeur de Z doit être égale ou supérieure à 1.96 pour être significative à 0.05 (Guilford, 1965).

l'estime de soi et l'apparence physique est statistiquement différente ($p = .003$), le lien étant significativement plus fort pour le groupe contrôle que pour le groupe clinique ($r = .75, p = .000$ vs $r = .25, p > .05$).

3.2.6 Rôle protecteur de l'estime de soi et du coping social dans la relation stress-détresse

La figure 1 illustre l'effet protecteur potentiel de l'estime de soi dans la relation entre les tracas quotidiens (stress) et l'anxiété physico-sociale (détresse). Bien que ce dernier n'ait pas été démontré ($F(1,31) = .105, p > .05$), on peut observer que peu importe la quantité de stress vécu, les adolescents ayant une bonne estime d'eux-mêmes vivent beaucoup moins d'anxiété ($X = 27$) que ceux ayant une faible estime d'eux-mêmes ($X = 39$) ($F(1,31) = 8.870, p = .006$). Par ailleurs, la figure 2 illustre l'effet protecteur potentiel de la recherche de soutien social (*coping* social) dans la relation entre les tracas quotidiens et l'anxiété physico-sociale, effet n'ayant également pas été démontré ($F(1,38) = .525, p > .05$). Toutefois, il est possible d'y observer que les adolescents peu stressés, peu importe la fréquence d'utilisation du *coping* social, vivent moins d'anxiété ($X = 27$) que les adolescents plus stressés ($X = 34$) ($F(1,38) = 4.713, p = .037$). Afin de réaliser ces deux analyses de variance, la variable stress a été dichotomisée sur la base d'un point de coupure (peu de tracas = 21 et beaucoup de tracas = 32) tout comme les deux variables protectrices (estime de soi faible = 2.80 et estime de soi élevée = 3.40; *coping* social faible = 3.00 et *coping* social élevé = 3.40), ces points représentant les tiers inférieur et supérieur

de chaque distribution. Trente-deux sujets ont par conséquent été retenus pour la première analyse de variance et 39 pour la seconde. Quant à la variable anxiété, elle a été considérée variable dépendante et continue.

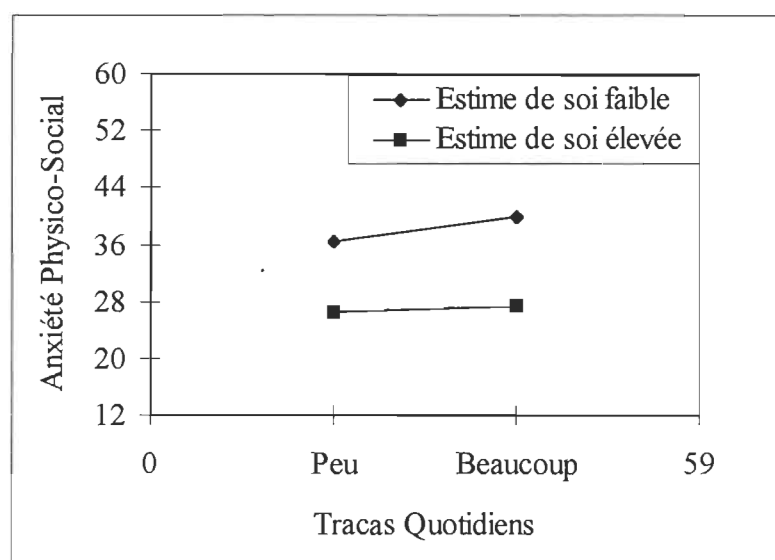


Figure 1. Rôle protecteur de l'estime de soi dans la relation stress-détresse.

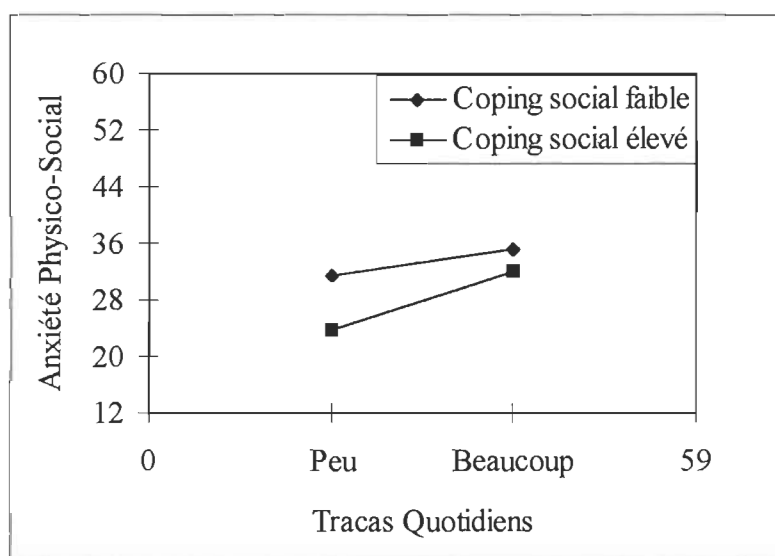


Figure 2. Rôle protecteur du coping social dans la relation stress-détresse.

3.2.7 Principaux tracas quotidiens et principales stratégies d'adaptation des adolescents ($N = 73$)

À titre descriptif, les figures 3 et 4 présentent les dix principaux tracas quotidiens les plus souvent rapportés par l'ensemble des sujets à l'étude ($N=73$). Le micro-stresseur le plus fréquent est *recevoir une (des) mauvaises notes*. De plus, parmi les dix principaux tracas, huit appartiennent au facteur école-soi, un au facteur famille et un à celui des pairs. Plus spécifiquement, la figure 3 indique le degré d'intensité moyen associé à chaque tracac pour les groupes clinique et contrôle et la figure 4 celui pour les filles et les garçons. L'analyse de variance effectuée sur le degré d'intensité des tracac en fonction des groupes clinique et contrôle n'indique aucune différence entre les deux groupes. Notons toutefois que l'item *être mal à l'aise à propos de mon apparence physique* semble plus souvent rapporté par le groupe clinique, bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative (voir figure 3). Par ailleurs, une seconde analyse de variance effectuée cette fois-ci en fonction des sexes révèle que les filles sont davantage mal à l'aise à propos de leur apparence physique que les garçons ($F(1, 68) = 5.81, p = .019$) et qu'elles semblent se faire plus de souci par rapport à leurs transformations corporelles, bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative (voir figure 4).

Finalement, les figures 5 et 6 illustrent les dix principales stratégies d'adaptation rapportées par l'ensemble des adolescents de cette étude ($N = 73$). Parmi ces dix stratégies, quatre correspondent à un style de stratégie de résolution de problème axé sur soi ou sur les autres, dont la plus souvent utilisée qui consiste à *essayer de prendre ses*

propres décision, deux sont associées à un style de *coping* social (p. ex. *voir quelqu'un que tu aimes*) alors que quatre autres correspondent à des stratégies de *coping* basées sur le divertissement (p. ex. *écouter de la musique*).

Par ailleurs, en ce qui concerne les différences de groupes (figure 5), une analyse de variance permet de constater que la fréquence d'utilisation des dix principales stratégies de *coping* est similaire pour les groupes clinique et contrôle. Quant aux différences sexuelles (figure 6), une seconde analyse de variance indique que les filles utilisent plus fréquemment la stratégie *essayer d'aider les autres à résoudre leurs problèmes* ($F(1,68) = 4.28, p = .042$) et qu'elles ont davantage tendance à utiliser les stratégies *aller se promener* ($F(1,68) = 3.32, p = .073$) et *essayer de prendre ses propres décisions* ($F(1,68) = 3.23, p = .077$) que les garçons.

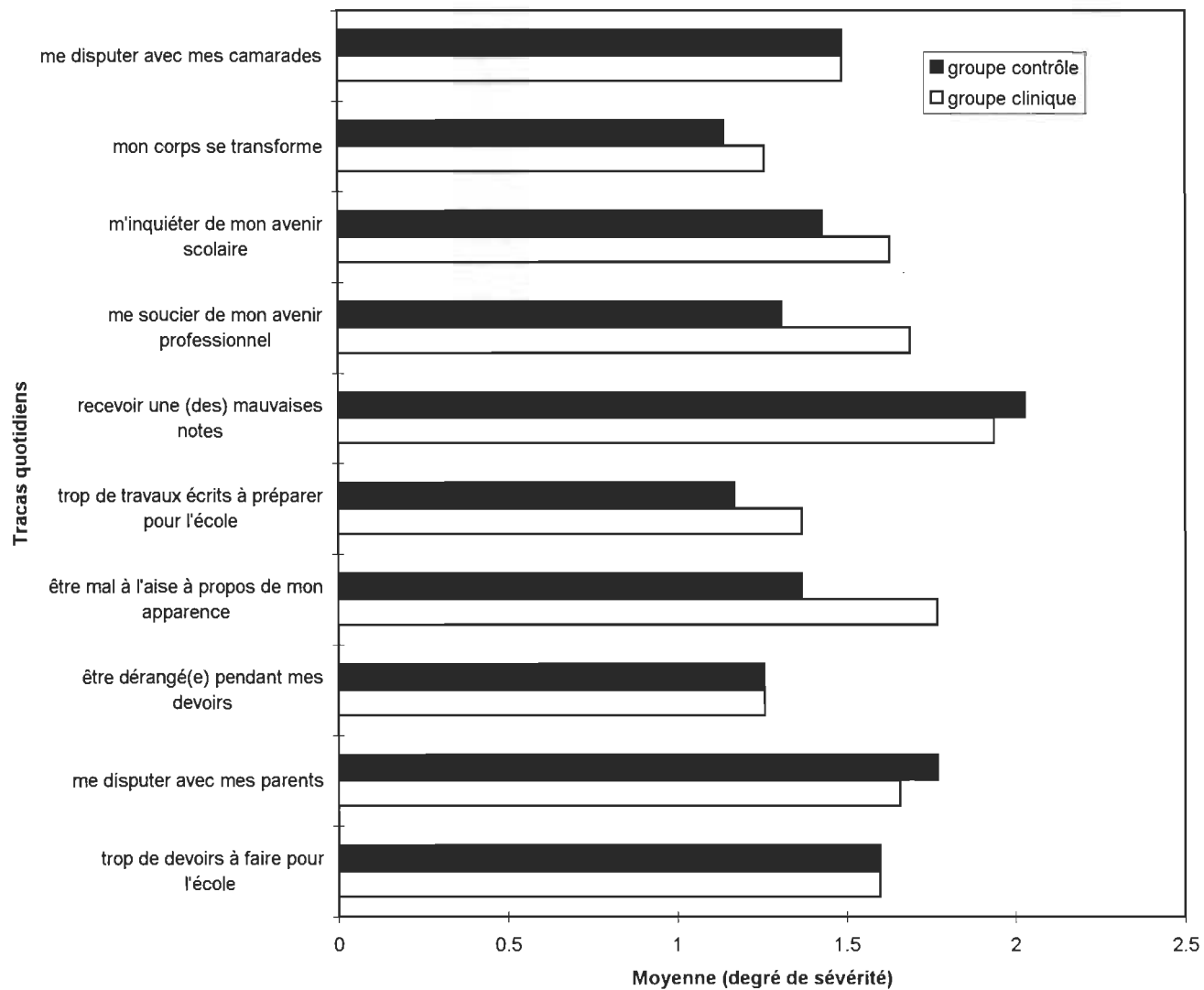


Figure 3: Principaux tracas quotidiens des adolescents.

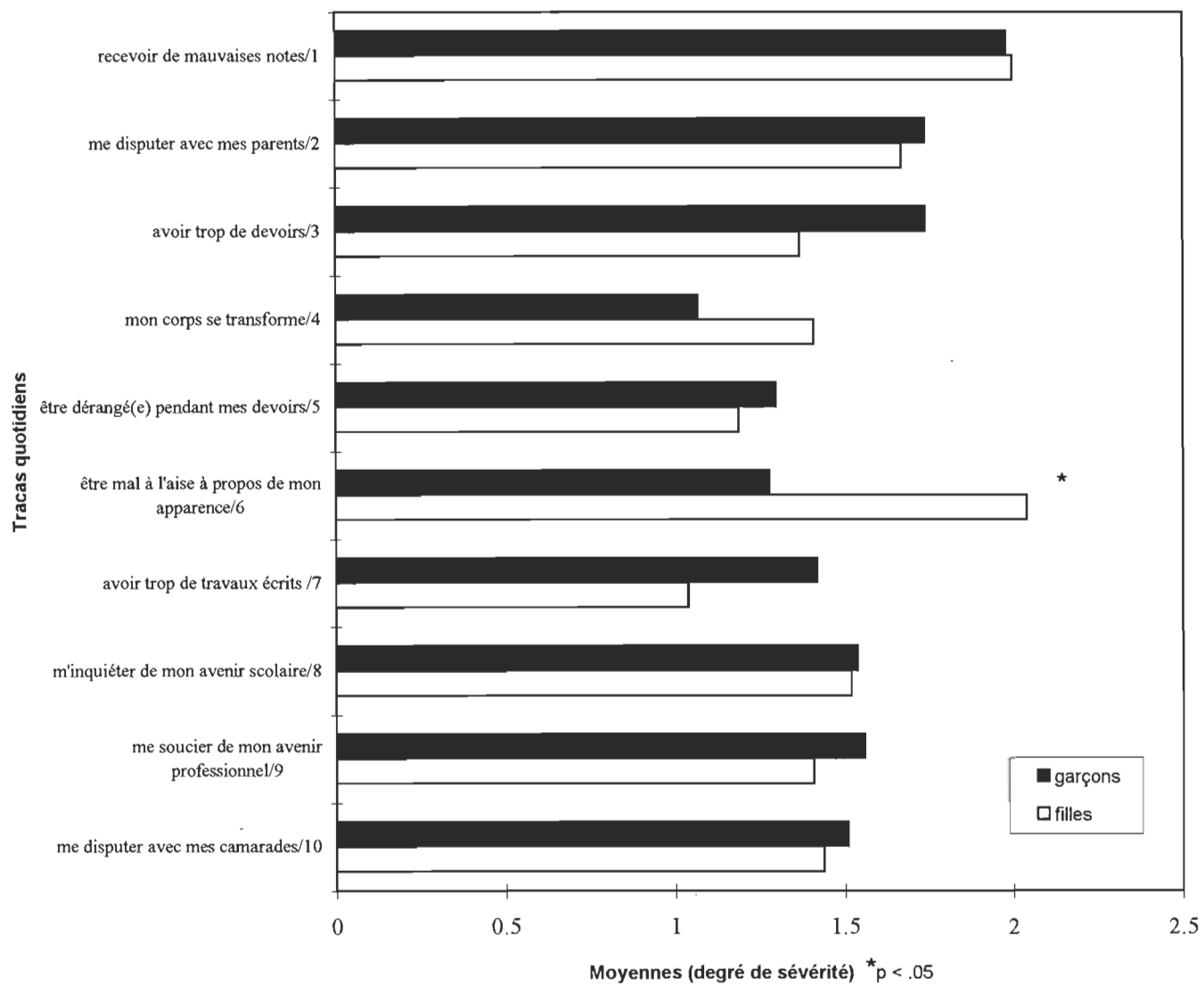


Figure 4: Principaux tracas quotidiens des adolescents.

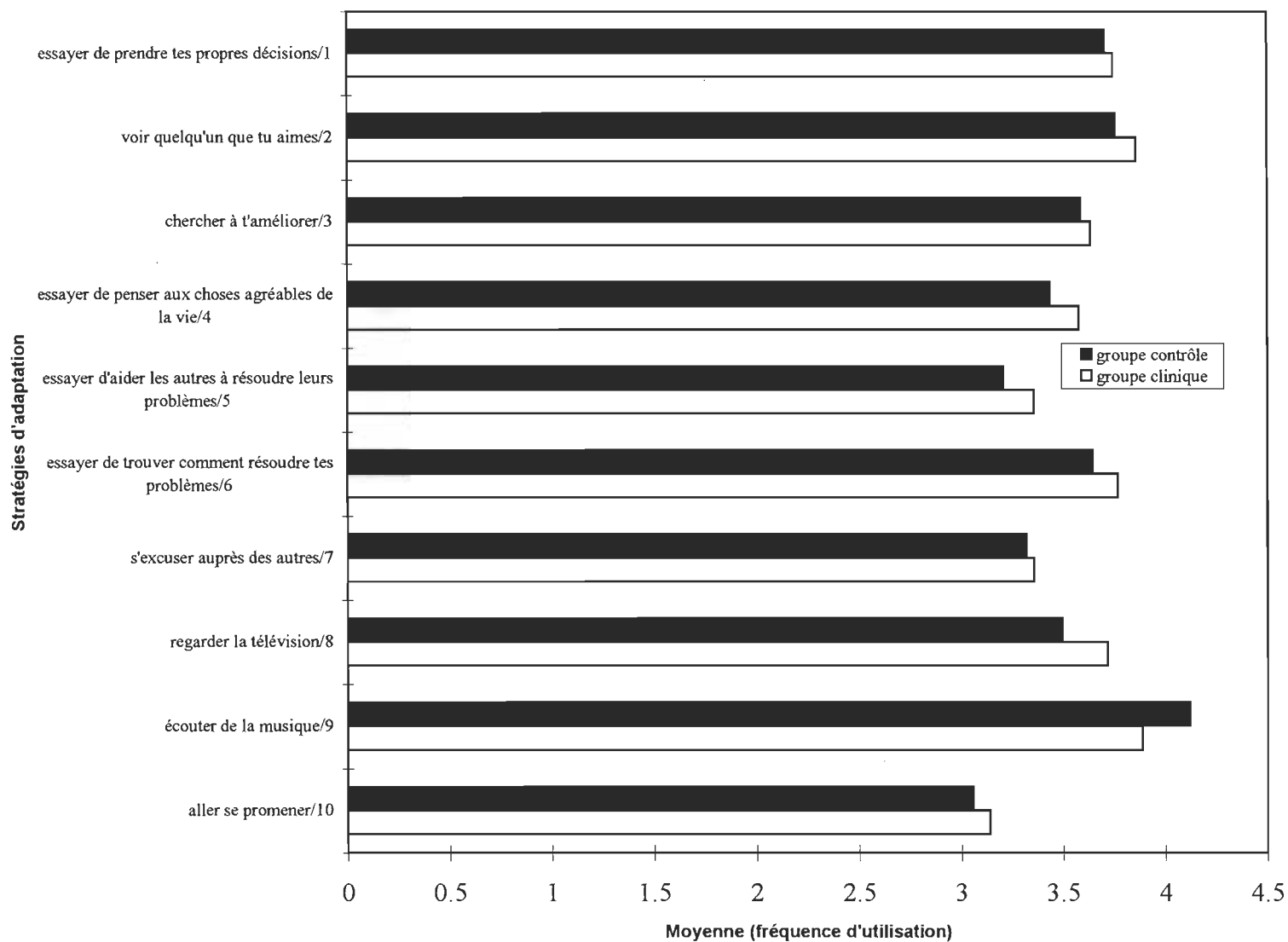


Figure 5: Principales stratégies d'adaptation des adolescents.

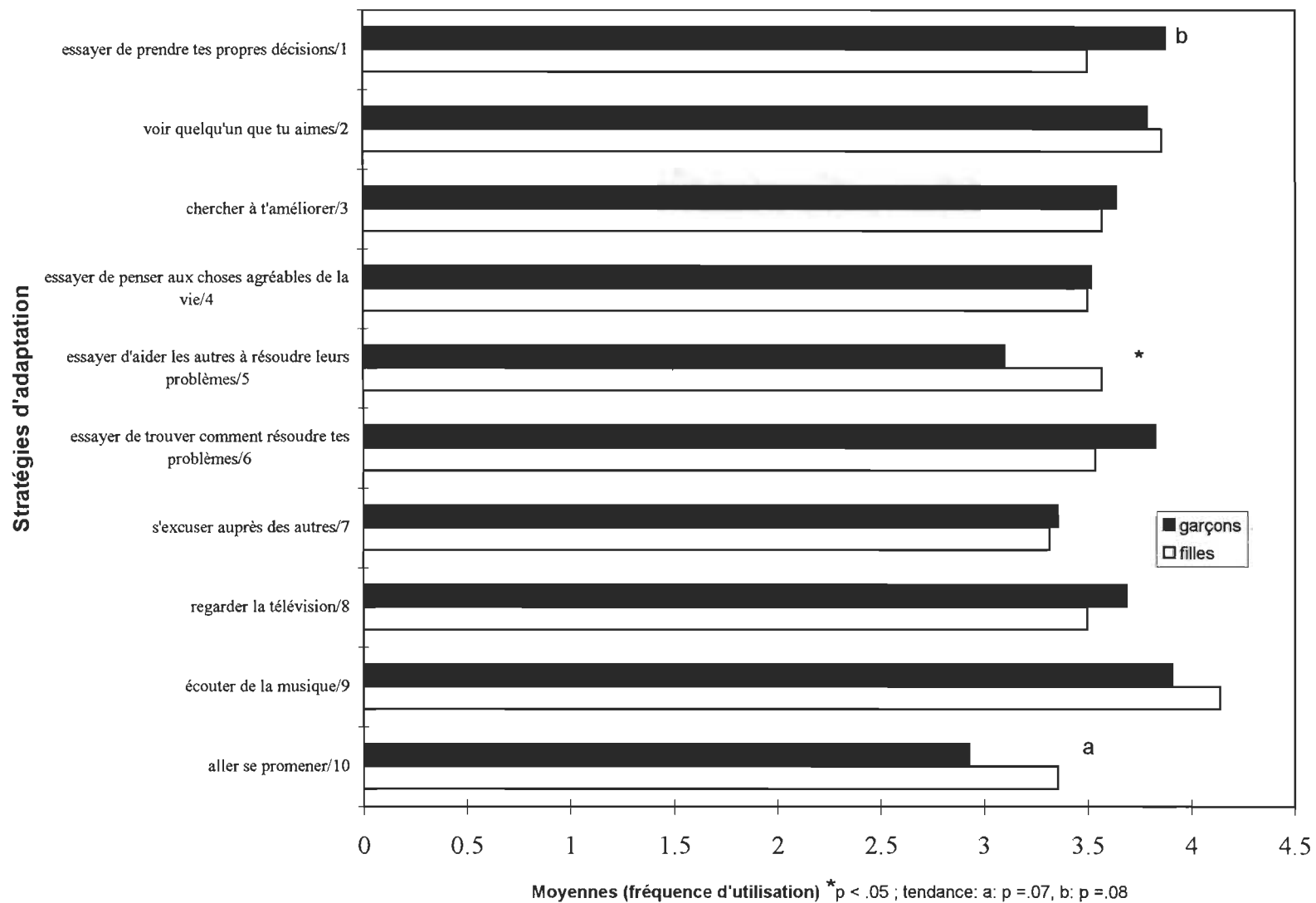


Figure 6: Principales stratégies d'adaptation.

Discussion

Ce quatrième et dernier chapitre fournit des éléments explicatifs relatifs aux résultats observés au sein de la présente étude. Il est divisé en trois sections principales. La première traite des résultats obtenus respectivement pour chacune des quatre hypothèses de travail, ainsi que des dix principaux tracas quotidiens et stratégies d'adaptation rapportés par les adolescents à l'étude; la seconde aborde les forces et les faiblesses de ce mémoire et enfin, la troisième discute des retombées possibles de cette recherche et des orientations que pourraient prendre d'autres études empiriques dans le domaine du stress et de ses répercussions sur la santé à l'adolescence.

4.1 Hypothèses de recherche

Hypothèse 1– Différences de groupes: L'objectif poursuivi par la première hypothèse de travail était de comparer un groupe d'adolescents acnéiques et un groupe de jeunes non atteints d'acné sur les dimensions de stress (tracas quotidiens), de détresse psychologique (anxiété physico-sociale) et de facteurs protecteurs (estime de soi et stratégies d'adaptation). Rappelons que pour cette première hypothèse, l'étude des stratégies d'adaptation était de nature exploratoire. Or, tel qu'attendu, les adolescents acnéiques rapportent un nombre significativement plus élevé de tracas quotidiens que les jeunes non atteints de cette maladie et plus spécifiquement, ils ont tendance à vivre plus de tracas reliés à l'école et au soi. Ces résultats corroborent l'effet néfaste des tracas

quotidiens précédemment observé sur la santé des adolescents (Compas, 1987; Compas et al., 1989; Kanner et al., 1987).

La recension de la documentation permettait de penser que l'acné aurait un impact négatif sur l'estime de soi des adolescents, de même que sur l'auto-évaluation de leur apparence physique et sur le degré d'anxiété physico-sociale ressenti. Il était également justifié de supposer que le degré de sévérité associé aux tracas quotidiens serait plus élevé chez les adolescents acnéiques. Or, contrairement à nos attentes, les analyses effectuées sur ces variables révèlent un profil relativement similaire pour les deux groupes. Ceci pourrait entre autres s'expliquer par le fait que la durée de la maladie des sujets cliniques n'a pu être contrôlée en raison de la difficulté à recruter des adolescents acnéiques de la tranche d'âge visée (13 ans–16 ans). Or, il est probable que parmi les patients recrutés, certains étaient atteints d'acné depuis seulement quelques semaines, alors que d'autres en souffraient depuis plusieurs mois ou même plusieurs années. Il est donc possible d'émettre l'hypothèse que la présence d'acné chez un jeune qui en est atteint uniquement depuis quelques semaines ne soit ni source de stress, d'anxiété ou de dévalorisation, ce qui pourrait expliquer le portrait psychologique relativement similaire des jeunes des groupes clinique et contrôle. Par ailleurs, il aurait certes été préférable de comparer des adolescents non atteints d'acné avec des jeunes atteints d'acné sévère sur les différentes variables à l'étude. Or, comme il a été mentionné dans le chapitre «Méthode», en raison du faible nombre de sujets acnéiques recrutés ($N = 36$), l'expérimentatrice n'a pu tenir compte du type d'acné ni du degré de sévérité de la maladie dans la composition du

groupe clinique. Par conséquent, l'absence de résultats significatifs concernant la comparaison des groupes clinique et contrôle sur les variables de l'anxiété et de l'estime de soi pourrait également s'expliquer par ce fait. Effectivement, on peut imaginer qu'un adolescent atteint d'acné sévère, en comparaison avec un jeune ne présentant que quelques boutons, soit davantage affecté par son problème de peau et présente des résultats différents d'un jeune non acnéique sur l'ensemble des variables à l'étude. Il serait donc éventuellement souhaitable d'effectuer des études auprès d'échantillons dont le groupe clinique serait constitué de jeunes aux prises avec une acné sévère et de durée relativement similaire afin de mieux cerner les différences entre les jeunes atteints d'acné et les adolescents non acnéiques.

En ce qui concerne les stratégies d'adaptation, à titre informatif, aucune différence significative inter-groupes n'est observée en ce qui a trait à leur fréquence d'utilisation. Cependant, concernant leur diversité, les résultats dénotent une tendance, soit que les adolescents acnéiques utiliseraient des stratégies plus diversifiées. Possiblement qu'en raison de la détresse engendrée par l'acné, les adolescents acnéiques ont recours à une plus grande variété de stratégies adaptatives afin de tenter de faire face aux difficultés occasionnées par leur problème de peau. On se doit toutefois d'être prudent quant à cette explication puisqu'une revue des écrits scientifiques relatifs aux stratégies de *coping* employées à l'adolescence ne permet pas de conclure que l'utilisation de stratégies plus diversifiées soit reliée à un moins bon ajustement psychologique ou une moins bonne santé physique, constat justifiant la nature exploratoire de la variable de la diversité des

stratégies d'adaptation. En revanche, tel qu'explicité au sein du premier chapitre de ce mémoire, il semble que la modalité de stratégies de *coping* utilisées, à savoir le *coping* centré sur la résolution de problèmes ou celui centré sur la régulation des émotions, influencerait la façon de s'adapter aux stressseurs. Le premier contribuerait davantage à aider les adolescents à préserver leur santé psychologique et physiologique que le second (Ebata & Moos, 1991; Herma-Stahl et al., 1995; Patterson & McCubbin, 1987; Seiffge-Krenke, 1995). Par conséquent, au sein de la présente recherche, il aurait été pertinent de comparer la modalité de *coping* dominante chez les adolescents acnéiques versus non acnéiques.

Hypothèse 2– Différences sexuelles: L'objectif poursuivi par la seconde hypothèse était de comparer les garçons et les filles de l'échantillon total ($N = 73$) sur l'ensemble des variables à l'étude. Or, comme prévu, nos résultats démontrent que les filles expérimentent un degré d'anxiété physico-sociale plus élevé que celui des garçons, résultat corroborant ceux précédemment observés (Dion et al., 1990; Hart et al., 1989). Nos résultats confirment par le fait même ceux relevés par d'autres chercheurs précisant que les changements pubertaires apparents influencent davantage le fonctionnement psychologique des filles (Brooks-Gunn & Warren, 1988; Jackaway Freedman, 1984). Les standards culturels de beauté peuvent possiblement expliquer cette différence sexuelle, véhiculant que la féminité est synonyme d'une apparence physique attrayante (Faust, 1983). Par conséquent, le physique constitue une source de stress prévalente dans notre société et ce particulièrement chez les adolescentes (Downs, 1990). En effet, l'adolescence est

marquée par la puberté, période au cours de laquelle les jeunes se retrouvent face à un corps en continuels changements. Or, l'intégration de cette nouvelle image de soi est parfois difficile et ce surtout chez les filles, les changements souvent rapides et disproportionnés suscitant de l'inconfort et de la moquerie de la part de certains camarades. Plus spécifiquement, on note que les jeunes filles associent une puberté précoce à une image corporelle négative, celles-ci redoutant les graisses corporelles et les formes rondes, alors que les garçons la relient à une image positive, ceux-ci devenant plus grands et plus forts (Crockett & Petersen, 1987; Petersen & Taylor, 1980).

En revanche, nos analyses sur les variables de stress et de facteurs protecteurs ont été peu concluantes puisqu'elles révèlent un profil relativement similaire pour les deux sexes. D'une part, en ce qui a trait à la fréquence des tracas quotidiens et au degré d'intensité que les garçons et les filles leur associent, nos résultats appuient ceux de Kanner et al. (1981) qui ont observé que les hommes et les femmes ne se différencient pas quant à la fréquence et au degré de préoccupation associés aux embêtements quotidiens. Il importe cependant de noter que cette étude porte sur un échantillon d'adultes âgés entre 45 et 64 ans, alors que la nôtre a été effectuée auprès d'adolescents. Par ailleurs, Kanner et al. (1987) ont également obtenu des résultats semblables aux nôtres, cette fois ci auprès de préadolescents, le nombre de tracas rapportés par ce groupe d'âges étant similaire pour les deux sexes. Toutefois, l'absence de différences sexuelles relevée dans ces études et dans la nôtre va à l'encontre de la plupart des résultats observés chez des préadolescents, population où les filles jugent généralement plus sévèrement les tracas quotidiens que les

garçons (Dumont, 1997a; Dumont et al., 1996; Kanner et al., 1987; Seiffge-Krenke, 1995) et en expérimentent un plus grand nombre (Bolognini et al., 1995; Ham & Larson, 1990).

D'autre part, en ce qui a trait aux facteurs protecteurs, les résultats observés sur les deux mesures du self, à savoir l'estime de soi et l'apparence physique, vont à l'encontre de ceux escomptés. En effet, la présente recherche ne permet pas de conclure que les filles ont une moins bonne estime d'elles-mêmes que les garçons. Ce résultat appuie cependant ceux de Wylie (1974) qui révèle qu'il n'y a pas d'évidence de différences sexuelles concernant le concept de soi. En revanche, plusieurs auteurs ont constaté qu'il existe de légères différences en faveur des garçons sur toutes les mesures du concept de soi et que celles-ci s'intensifient à l'adolescence (Bettschart et al., 1994; Dumont, 1997a; Harter, 1985; Lintunem et al., 1995; Marsh, 1989; Petersen et al., 1991). Ces différences pourraient s'expliquer par le fait qu'à l'adolescence, les filles accordent davantage d'importance à leur apparence physique, dimension fortement corrélée avec l'estime de soi globale. En effet, à cette période, le déterminant majeur de l'estime de soi des filles est l'apparence physique, alors que les garçons se valorisent à travers les sports et la performance scolaire (Jackaway Freedman, 1984). Qui plus est, chez les filles, le développement pubertaire commence en moyenne 18 mois plus tôt que chez les garçons et survient donc avant ou simultanément à la transition primaire-secondaire, ce qui accentue leur susceptibilité aux difficultés psychologiques (Petersen et al., 1991). En regard de ces données théoriques, l'absence de différences sexuelles sur les variables de l'estime de soi et de l'apparence physique observée dans notre étude pourrait être attribuable au fait que nous n'avons pas tenu compte du pic pubertaire dans la sélection de nos

sujets. Effectivement, sachant que le pic de croissance survient en moyenne à 13 ans chez les filles et à 15 ans chez les garçons, on constate que seulement 59% des garçons de notre échantillon ont potentiellement atteint ou dépassé l'âge du pic pubertaire, alors que l'ensemble des filles l'ont théoriquement atteint ou dépassé. Or, il aurait été plus rigoureux d'ajouter l'atteinte du pic de croissance à nos critères de sélection afin de s'assurer de comparer des jeunes filles pubaires avec des garçons pubaires, ce qui aurait peut-être modifié nos résultats.

Par ailleurs, concernant la diversité des stratégies d'adaptation utilisées et leur fréquence d'utilisation, plus particulièrement celle des relations sociales, les résultats de notre étude ne révèlent aucune différence significative entre les sexes. Ces résultats vont encore une fois à l'encontre de ceux anticipés. Effectivement, les filles mentionnent généralement utiliser plus de stratégies d'adaptation que les garçons (Patterson & McCubbin, 1987; Plancherel et al., 1993) et investir davantage dans les relations sociales (Bush & Simmons, 1987; Dumont, 1997a; Fridenberg & Lewis, 1991; Plancherel & Bolognini, 1995; Plancherel et al., 1993), bien que l'étude d'Albaret (1994; citée dans Albaret, 1995) ne révèlent aucune différence sexuelle quant à la fréquence d'utilisation des relations sociales.

Hypothèse 3– Lien stress– facteurs de protection– détresse: La troisième hypothèse de travail avait pour but d'examiner les liens entretenus entre l'ensemble des variables à l'étude. D'une part, en ce qui concerne le lien stress–détresse (tracas quotidiens–anxiété physico-sociale), nos résultats sont conformes à ceux obtenus à travers

la littérature (Burke & Weir, 1978; Compas et al., 1989; Dumont & Provost, 1997; Kanner et al., 1987; Rowlison & Felner, 1988). En effet, notre étude dévoile que l'anxiété physico-sociale entretient une relation significative et positive avec l'état d'être stressé et ce pour les groupes clinique et contrôle, relation cependant plus modeste pour ce dernier. Ces résultats reflètent l'effet néfaste des tracas quotidiens sur la santé psychologique des adolescents (Compas, 1987; Compas et al., 1989; Kanner et al., 1987).

Toujours concernant le lien stress-détresse, on observe chez le groupe clinique que la corrélation entre la fréquence des tracas quotidiens et l'anxiété physico-sociale est significative et positive. Ce résultat corrobore le lien stress-détresse psychologique précédemment observé (Bolognini et al., 1992; Dumont, 1997a). En revanche, la corrélation entre ces deux variables n'est pas statistiquement significative pour le groupe contrôle. Cette différence peut probablement s'expliquer par le fait que les jeunes du groupe clinique, contrairement à ceux du groupe normatif, sont aux prises avec un tracas quotidien majeur: l'acné. Or, la présence d'un tracas quotidien majeur peut, selon Lazarus (1984), avoir un impact considérable sur l'individu, perturbant ses pensées, générant des émotions négatives et immobilisant ses ressources adaptatives, surtout si ce tracas a des répercussions sur plusieurs sphères de sa vie. Par conséquent, en regard de ces informations, on peut émettre l'hypothèse que pour certains adolescents, l'acné constitue un tracas majeur, récurrent et chronique, donc toujours stressant et les rendant plus vulnérables aux autres tracas. De plus, l'acné est susceptible de générer d'autres tracas (p. ex. le fait d'avoir de l'acné peut engendrer la moquerie de la part de certains camarades). Dans la même veine, la présence d'un

tracas majeur et central tel l'acné peut multiplier l'effet négatif des autres tracas, changeant conséquemment la dynamique de l'individu et affectant sa santé, en plus de le rendre moins apte à faire face aux événements existentiels (Rutter & Standberg, 1992).

D'autre part, en ce qui a trait aux liens entre les autres variables à l'étude, on note tout d'abord que la corrélation entre la fréquence des tracas quotidiens et le degré d'intensité qui en résulte est très élevée pour les groupes clinique et contrôle ($r = .83$, $p = .000$), résultats corroborant celui précédemment observé par Dumont et Provost (1997) auprès de 297 adolescents québécois, et ce à l'aide du même instrument de mesure que celui utilisé pour les fins de notre étude, soit l'Échelle d'Évaluation des Tracas Quotidiens à la Préadolescence. Ce résultat les avait d'ailleurs conduits à proposer que la fréquence et l'intensité des tracas devraient être considérées comme équivalentes et que par conséquent, seul un des deux scores devrait être utilisé. En ce qui nous concerne, compte tenu du faible nombre de sujets de notre étude ($N = 73$), on ne peut se permettre de tirer une telle conclusion. Il serait cependant intéressant d'approfondir cette question afin de pouvoir déterminer si ces deux indices mesurent bel et bien la même réalité, puisque tous les auteurs ne sont pas en accord avec une telle conclusion. En effet, Lewis et al. (1984) ont relevé une relation inverse entre la fréquence de l'apparition des tracas et le degré d'embêtement que des adolescents leur associent. Il importe cependant de noter que Lewis et ses collaborateurs ont étudié les tracas à partir d'un instrument de 20 items basé sur des interviews (le « Feel Bad »). Dans la même veine, des résultats semblables ont été tirés auprès d'adultes, chez qui on a observé de faibles corrélations entre la fréquence des tracas et

l'intensité ressentie (DeLongis, Coyne, Dakof & Lazarus, 1982; Dumont, Tarabulsy, Gagnon, Tessier & Provost, 1998; Landreville & Vézina, 1992; Reich, Parella & Filstead, 1988; Zarski, 1984). Ces études suggèrent plutôt que ces deux indices mesureraient des aspects différents de l'expérience du stress (expérience objective et subjective), d'où l'intérêt de les évaluer séparément au fur et à mesure que l'individu vieillit, afin d'en dégager les particularités. Par ailleurs, à la lueur de nos résultats et de ceux de Dumont et Provost (1997), on peut supposer que la fréquence des tracas quotidiens et l'intensité ressentie seraient perçues différemment par les adolescents et par les adultes: les jeunes seraient perturbés par la fréquence des tracas vécus tous les jours, alors que les adultes feraient la différence entre la fréquence des embêtements quotidiens et le degré de sévérité associé à chacun, ce dernier dépendant largement de l'évaluation cognitive que l'individu en fait et de la disponibilité de ses ressources personnelles. Autrement dit, pour les jeunes, chaque tracas qui s'additionne aux autres prendrait une valeur exponentielle, ce qui ne serait pas le cas pour les adultes. Peut-être les adultes ont-ils plus de ressources pour faire face à leurs difficultés!

Toujours concernant les embêtements quotidiens, les analyses corrélationnelles effectuées auprès du groupe clinique révèlent que leur fréquence et leur degré de sévérité entretiennent une relation significative et négative avec l'estime de soi, résultats consistants avec d'autres études (Dumont & Provost, 1997; Hoffman et al., 1988). Tel qu'il sera discuté ultérieurement, l'estime de soi semblerait donc « protéger » l'individu contre le stress. Enfin, les résultats observés pour le groupe clinique révèlent que l'état de se sentir stressé

et la fréquence des embêtements entretiennent tous deux une relation significative et négative avec l'auto-évaluation de l'apparence physique. Or, ces résultats suggèrent que l'image négative qu'ont les adolescents acnéiques de leur apparence physique serait reliée à la présence d'un nombre élevé de tracas ou d'un degré d'embêtement important. Ce résultat est peu surprenant puisque l'acné est un tracas majeur et central affectant l'image corporelle des adolescents et de plus susceptible de générer d'autres tracas, tel que précédemment exposé.

Par ailleurs, tel qu'attendu, les résultats concernant la variable de l'anxiété physico-sociale démontrent qu'elle corrèle significativement et négativement avec l'estime de soi ainsi qu'avec l'auto-évaluation de l'apparence physique et ce pour les groupes clinique et contrôle. Ces résultats corroborent ceux de Keelan et al. (1992) qui ont observé une corrélation négative entre l'anxiété physico-sociale et l'auto-évaluation de l'apparence physique chez des adolescents. De plus, bien qu'il n'existe aucun lien significatif entre l'estime de soi et l'auto-évaluation de l'apparence physique pour le groupe clinique, la corrélation observée entre ces deux variables pour le groupe contrôle est significative et plutôt élevée ($r = .75$, $p = .000$). Ce résultat s'insère au consensus selon lequel la perception de l'apparence physique corrélait fortement avec l'estime de soi (Harter, 1990) et est de plus en accord avec les relations précédemment observées indiquant que l'insatisfaction par rapport à l'apparence physique est reliée à une faible estime de soi et à de l'embarras (Grant & Fodor, 1986; Simmons & Rosenberg, 1975). Toujours concernant l'auto-évaluation de l'apparence physique, nos analyses révèlent pour le

groupe clinique qu'elle entretient une corrélation négative et significative avec la diversité des stratégies de *coping* employées. Il importe ici de souligner à nouveau que les variables de diversité et d'utilisation du *coping* ont été retenues à titre exploratoire pour cette troisième hypothèse, puisqu'à notre connaissance, toutes deux n'ont jamais été mesurées au sein de la littérature portant sur l'acné. Tenant compte de ce fait, la relation négative observée entre l'auto-évaluation de l'apparence physique et la diversité des stratégies de *coping* employées suggère peut-être que les adolescents acnéiques utilisent une grande diversité de stratégies d'adaptation afin de tenter de faire face à la perception négative de leur image corporelle, bien qu'on se doit d'être prudent quant à cette explication puisqu'elle ne repose sur aucune base théorique. Enfin, les deux mesures de *coping* n'entretiennent aucune relation significative avec l'anxiété physico-sociale et l'estime de soi, ni d'ailleurs avec la fréquence et l'intensité des tracas quotidiens, ce qui peut probablement s'expliquer par le nombre restreint de sujets.

Pour terminer la discussion relative à cette troisième hypothèse, il importe de souligner que les résultats de notre étude dévoilent une relation positive et significative entre la fréquence d'utilisation des stratégies de *coping* et leur diversité et ce pour les groupes clinique et contrôle. Il semblerait donc que plus les adolescents ont recours à une gamme variée de stratégies d'adaptation, plus ils utilisent chacune d'elles fréquemment. Ces résultats n'indiquent cependant pas si ces stratégies sont fonctionnelles ou dysfonctionnelles, ce qui aurait pu être étudié si nous avions conservé les huit dimensions de *coping* issues des analyses factorielles de Plancherel et al. (1993). Or, tel que

mentionné dans le chapitre « Méthode », comme les alphas de Cronbach issus de nos analyses inter-items pour l'ensemble des facteurs dégagés par Plancherel et al. (1993) étaient plutôt faibles, seule la dimension « relations sociales » a été retenue dans la présente étude. Il serait donc intéressant que d'autres chercheurs reprennent chacun de ces huit facteurs et étudient les relations qu'ils entretiennent avec nos mesures de stress, de détresse et de self auprès d'une population plus grande mais dont la problématique demeurerait semblable à la nôtre.

Hypothèse 4– Rôle protecteur de l'estime de soi et du coping social dans la relation stress–détresse: Le but de cette quatrième et dernière hypothèse était d'examiner le rôle protecteur de l'estime de soi et celui des relations sociales (*coping*) dans le lien établi entre le stress (tracas quotidiens) et la détresse psychologique (anxiété physico-sociale). La question consistait à savoir si, en présence de peu ou de beaucoup de tracas, une estime de soi « solide », de même que l'utilisation des relations sociales, agiraient comme facteurs protecteurs contre l'anxiété physico-sociale. Cette hypothèse de travail s'avère plutôt innovatrice dans la recherche sur le stress. En effet, bien qu'il ait été mentionné qu'une bonne estime de soi puisse protéger l'individu des effets nocifs du stress (Garmezy, 1985; Rutter, 1987), étonnamment, ce lien a peu été étudié empiriquement. Seules quelques récentes études ont mis l'emphasis sur le fait que des ressources telles l'estime de soi et les stratégies de *coping* jouent le rôle de facteurs protecteurs contre les effets nocifs des stressors normatifs et non normatifs sur la santé (Cohen & Wills, 1985; Dohrenwend & Dohrenwend, 1981; Dumont, 1997a; Dumont & Provost, 1997; Garmezy,

1983; Plancherel et al., 1994; Wheaton, 1985). Au sein de la présente recherche, les analyses n'ont pu démontrer statistiquement le rôle protecteur de l'estime de soi ni celui du *coping* social dans la relation stress-détresse. L'absence de résultats significatifs peut possiblement être attribuée au fait que l'échantillon de cette étude est limité en nombre. En effet, il importe de rappeler que la variable des tracas quotidiens, de même que les variables protectrices (estime de soi et *coping* social) avaient été dichotomisées sur la base d'un point de coupure (1/3 inférieur et 1/3 supérieur de la distribution), ce qui eut pour effet de diminuer la taille de l'échantillon retenu pour les fins d'analyses statistiques. Le rôle protecteur de l'estime de soi et du *coping* social mériterait par conséquent d'être approfondi auprès d'échantillons plus importants d'adolescents. De plus, peut-être que l'anxiété physico-sociale, retenue à titre de variable dépendante et continue dans notre étude, n'était pas assez discriminante comme mesure de détresse psychologique. Or, plutôt que d'utiliser cette variable à titre d'indice de détresse, il pourrait être intéressant d'étudier le rôle protecteur de l'estime de soi et du *coping* social dans la relation stress-détresse à l'aide d'autres mesures de détresse, comme par exemple la dépression, tel que récemment réalisé (Dumont, 1997a; Dumont & Provost, 1997). Il serait également intéressant d'étudier le rôle protecteur potentiel des autres dimensions du *coping* dans différents contextes de vie afin d'en déterminer l'impact sur le lien stress-détresse. Enfin, en ce qui a trait à l'indice de stress, la fréquence des tracas quotidiens (nombre de tracas expérimentés en une journée; scores variant de 1 à 59) avait été choisie dans la présente étude, plutôt que l'indice d'intensité des tracas (degré d'embêtement engendré par chaque

tracas; scores variant de 1 à 4). Or, peut-être qu'un indice de sévérité du stress, résultant de l'interaction entre la fréquence et l'intensité des tracas quotidiens (fréquence X intensité) aurait été plus précis. Voilà une mesure de stress qui pourrait faire l'objet d'études ultérieures.

Par ailleurs, concernant cette quatrième hypothèse, deux résultats intéressants peuvent être observés. Le premier suggère que peu importe la quantité de stress vécu, les adolescents ayant une bonne estime d'eux-mêmes vivent significativement moins d'anxiété que ceux ayant une faible estime d'eux-mêmes. Ce résultat reflète le rôle protecteur potentiel de l'estime de soi explicité ci-haut. Le second indique que les adolescents peu stressés, peu importe la fréquence d'utilisation des relations sociales, vivent significativement moins d'anxiété que ceux plus stressés, ce confirme le lien stress-détresse précédemment détaillé.

4.2 Principaux tracas quotidiens et principales stratégies d'adaptation des adolescents

Le dernier objectif de cette recherche consistait à présenter, à titre descriptif, les dix principaux tracas quotidiens ainsi que les dix principales stratégies d'adaptation des 73 adolescents à l'étude. Or, d'une part, parmi les dix principaux tracas, huit appartiennent au domaine de l'école et du soi, dont le plus fréquent qui est « recevoir une (des) mauvaises note(s) », un appartient au domaine de la famille et un dernier à celui des pairs. La vie scolaire semble donc être le stresser principal, ce qui est peu surprenant puisque

selon Rutter et al. (1979; cités dans Bolognini et al., 1994), les jeunes passent environ 15000 heures de leur vie à l'école. Par conséquent, les classes surchargées, les énormes pressions au rendement et les concepts pédagogiques qui changent constamment ne sont que quelques exemples pouvant expliquer le stress des étudiants. Par ailleurs, quant au degré d'embêtement engendré par chacun des dix tracas, alors qu'il est similaire pour les groupes clinique et contrôle, une différence sexuelle peut être notée. En effet, les filles sont beaucoup plus mal à l'aise à propos de leur apparence physique que les garçons, tel que précédemment observé (Dumont, 1997a; Kanner et al. 1987). Cette différence sexuelle souligne à nouveau l'impact des pressions sociales sur les adolescentes au cours d'une période de vie où elles tentent tant bien que mal d'affirmer leur identité féminine.

D'autre part, parmi les dix principales stratégies d'adaptation, quatre correspondent à un style de stratégie de résolution de problème axé sur soi ou sur les autres, dont la plus souvent utilisée qui consiste à *essayer de prendre ses propres décisions*, deux sont associées à un style de *coping* social (p. ex. *voir quelqu'un que tu aimes*) alors que quatre autres correspondent à des stratégies de *coping* basées sur le divertissement (p. ex. *écouter de la musique*). Par ailleurs, en ce qui a trait à leur fréquence d'utilisation, celle-ci est similaire pour les groupes clinique et contrôle, alors qu'on relève la présence de trois différences sexuelles significatives: Les filles ont plus fréquemment recours à la stratégie *essayer d'aider les autres à résoudre leurs problèmes*, item qui, soit dit en passant, nous apparaît plutôt étrange puisque la définition du *coping* présentée par le A-Cope consiste en les stratégies que les adolescents utilisent pour faire

face à *leurs* difficultés, et non pas à celles des autres; elles ont davantage tendance à utiliser les stratégies *essayer de prendre ses propres décisions* (travail sur soi) et *aller se promener* (divertissement) que les garçons. Ces deux derniers résultats sont contraires à la littérature. De plus, comme ces stratégies appartiennent à des dimensions de *coping* différentes, on ne peut établir de patron spécifique différenciant le type de stratégies de *coping* typique des filles versus celui typique des garçons. Or les trois différences sexuelles notées sont difficilement interprétables. Dans les recherches ultérieures, il serait important d'être rigoureux dans le choix du questionnaire afin de s'assurer de pouvoir identifier de façon optimale les différences sexuelles. Il serait de plus intéressant d'étudier le *coping* en fonction des stratégies de résolution de problèmes versus celles de régulation des émotions, de même que d'utiliser les dimensions spécifiques du *coping* plutôt que les indices globaux.

4.3 Autocritique de la présente étude

La présente section fournit quelques explications supplémentaires permettant d'éclairer le lecteur quant à la réalisation de ce mémoire. Premièrement, comme il a été mentionné dans le chapitre « Résultats », on retrouve une différence significative entre les groupes sur la distribution des sujets. Effectivement, un croisement est observé entre les tranches d'âges de 13 et 16 ans: Les sujets de 13 ans composent respectivement 3% et 27% des groupes clinique et contrôle et ceux de 16 ans respectivement 39% et 11% (voir tableau 1). Cette faille s'explique aisément par le fait que la prévalence et la sévérité de

l'acné augmentent avec l'âge, le pic de l'apparition de l'acné avec papules (acné plus sévère) se situant à 16 ans (Cunliffe, 1989). Or, il est justifiable que la majorité des sujets cliniques soient âgés de 16 ans et que les adolescents du même âge se trouvent en minorité dans le groupe contrôle. Dans les recherches ultérieures, il serait important de tenir compte de ce facteur afin de ne pas reproduire cette faille dans la composition des échantillons.

Deuxièmement, tel que déjà souligné, il avait été initialement prévu de former un groupe d'adolescents atteints d'acné sévère, critère médical évalué par le dermatologue sur la *Fiche d'identification du sujet clinique* (voir appendice B) et de comparer ces jeunes avec les sujets du groupe normatif sur les variables à l'étude. Or, les sujets acnéiques de la tranche d'âge visée (13 –16 ans) se faisant rares et leur recrutement des plus ardues, nous avons dû abandonner ce critère de sélection et avons donc cessé de le contrôler. Pourtant, les bureaux de dermatologues regorgent de jeunes aux prises avec des problèmes d'acné. La difficulté ne provient donc pas du manque de sujets potentiels, mais plutôt du refus de ces adolescents de participer à notre étude ou encore de leur âge, ce dernier ne correspondant pas à celui recherché. Il faut comprendre que les jeunes atteints d'acné sont complexés par l'apparence de leur visage et sont par conséquent gênés de discuter de leur problème de peau. Or, bien que nous présentions cette étude dans le cadre d'une recherche sur le stress à l'adolescence, peu étaient enclins à participer d'emblée. De plus, en regard d'une revue de la documentation, il semble que le pic de l'apparition de l'acné de type comédogène (type d'acné le moins sévère) se situe à 12 ans chez

54% des garçons et des filles, alors que celui de l'acné avec papules (type d'acné plus sévère) se situe à 16 ans chez 58% des adolescents (Cunliffe, 1989). Il aurait été par conséquent probablement plus facile d'aller puiser nos sujets atteints d'acné sévère auprès de jeunes au terme de leur adolescence et de jeunes adultes. Voilà qui devrait être considéré dans les études ultérieures.

Troisièmement, soulignons qu'il aurait été à la fois pertinent et intéressant de comparer le degré d'anxiété physico-sociale rapporté par les jeunes filles acnéiques d'avec celui des garçons acnéiques, les recherches antérieures nous permettant d'émettre l'hypothèse que la présence d'acné, manifestation pubertaire spécifique, entraîne d'avantage d'anxiété physico-sociale chez le sexe féminin, l'apparence physique constituant le déterminant essentiel à l'acceptation sociale des filles (Jackaway Freedman, 1984; Krowchuk et al., 1991). Or malheureusement, le groupe clinique à l'étude s'avérait trop petit ($n = 36$) pour obtenir un résultat généralisable, plus spécifiquement le nombre de filles (13 filles vs 23 garçons). À cet égard, la difficulté à recruter des sujets acnéiques féminins origine probablement du fait que les garçons souffrent plus fréquemment d'acné que les filles (Association des Dermatologues du Québec, 1996).

Quatrièmement, en ce qui concerne le questionnaire des tracés quotidiens (59 items), comme les différences observées entre les groupes clinique et contrôle sur ce type de stressors sont statistiquement significatives, il aurait idéalement fallu retirer les items 18 (*me sentir mal à l'aise à propos de mon apparence*) et 51 (*avoir de l'acné, des*

boutons) afin de s'assurer que les résultats ne soient pas biaisés en raison du fait que le groupe clinique soit à priori composé de jeunes atteints d'acné. Soulignons toutefois qu'il s'agit là uniquement de deux items sur 59.

Cinquièmement, il aurait peut-être été plus approprié de mesurer les stratégies d'adaptation selon des facteurs plus globaux, tels que ceux proposés par Frydenberg et Lewis (1996), à savoir le « *coping* productif », le « *coping* non productif » et le « *coping* social », compte tenu que le nombre de sujets à l'étude ($N = 73$) était plutôt restreint et que les analyses de cohérence interne effectuées auprès de ceux-ci sur les différentes dimensions du *coping* dégagées par Plancherel et al. (1993) ont révélé des coefficients alphas de Cronbach plutôt faibles.

Enfin, il importe de rappeler que l'administration des instruments de mesure auprès des sujets cliniques s'est déroulée individuellement. Or, l'anonymat des sujets acnéiques ne pouvait être préservé de l'expérimentatrice, ce qui expliquerait peut-être partiellement l'absence de résultats significatifs entre les groupes sur les variables de détresse et de facteurs protecteurs, les jeunes acnéiques n'ayant peut-être pas répondu aussi honnêtement que si l'administration des questionnaires avait eu lieu collectivement comme pour le groupe contrôle. Par ailleurs, Koblenzer (1987) soulève un point qui pourrait peut-être également justifier l'absence de différences significatives sur ces même variables: Dans les études évaluant la personnalité des individus atteints d'acné ou le degré de difficultés psychologiques entraîné par cette maladie, le testing psychométrique est peu

utile, sauf s'il inclut des tests projectifs ou s'il est accompagné d'un profond interview psychologique, et ce parce que généralement, les réponses fournies sont influencées par les mécanismes de défense du patient de même que par le phénomène de la désirabilité sociale. Or, il se peut que dans notre étude, les réponses des sujets cliniques aient effectivement été biaisées en raison de ces deux facteurs.

4.4 Perspectives d'avenir

En somme, en regard des résultats obtenus au sein de ce mémoire, la recherche sur le stress et ses répercussions sur la santé physique et psychique à l'adolescence apparaît encore très importante et doit être encouragée. Plus spécifiquement, il serait capital d'accroître le nombre d'études sur les adolescents atteints d'acné et ce auprès d'échantillons aux sujets plus nombreux, légèrement plus âgés et atteints d'acné sévère, ceci afin de mieux cibler l'impact que cette maladie peut avoir dans la vie d'un adolescent et dans son fonctionnement. En effet, la présente recherche a permis d'identifier que les jeunes atteints d'acné sont plus stressés que ceux non atteints de cette maladie, mais elle ne conduit cependant pas à d'autres différences intergroupes. Il serait donc intéressant de faire des entrevues verbales semi-structurées afin de recueillir les impressions des jeunes sur l'impact psychologique de l'acné (ex: isolement, déprime, échecs scolaires, idéations suicidaires) et ainsi mieux cibler la détresse que peut engendrer cette maladie. De plus, outre les variables de stress, de détresse et de facteurs protecteurs étudiées au sein de la présente recherche, d'autres variables telles les relations avec les pairs, les relations

amoureuses et la popularité chez les adolescents acnéiques pourraient être mesurées, ces dernières étant susceptibles de devenir des facteurs de risque chez les adolescents atteints d'acné. Par ailleurs, des études longitudinales devraient être entreprises, permettant ainsi d'évaluer l'impact de l'acné en fonction de l'âge et les conséquences que cette maladie peut entraîner à long terme. Enfin, le débat autour de la question posant l'acné comme cause ou reflet du stress demeurera toujours pertinent à relancer.

Une des avenues les plus prometteuses dans l'étude du stress est de loin l'étude des facteurs protecteurs. Or, les recherches ultérieures dans ce domaine devraient étudier non seulement le rôle protecteur de l'estime de soi et des relations sociales, mais également celui des autres dimensions du *coping*, ceci afin de pouvoir aider de façon optimale les jeunes atteints d'acné, tout comme ceux non touchés par cette maladie, à traverser « paisiblement » la période de l'adolescence.

Conclusion

L'objectif principal de cette recherche consistait en l'étude des liens entre des micro-stresseurs de la vie quotidienne, l'anxiété physico-sociale et des facteurs protecteurs (estime de soi et stratégies de *coping*) chez des adolescents atteints d'acné versus non atteints d'acné. La recension des écrits scientifiques relatifs au thème de l'acné et à chacune des variables à l'étude a permis de constater que l'impact psychosocial de l'acné à l'adolescence constitue un domaine de recherche encore peu exploité, d'où l'originalité de la présente étude. Ainsi, en regard des assises théoriques et des recherches empiriques sur le sujet, quatre hypothèses de travail ont été posées. La première hypothèse proposait que les adolescents acnéiques vivent plus de tracasseries quotidiennes et les jugent plus embarrassantes, ressentent davantage d'anxiété physico-sociale, présentent une plus faible estime d'eux-mêmes, utilisent des stratégies d'adaptation plus diversifiées et ont davantage recours au *coping* social que ceux non atteints d'acné. Or, tel qu'attendu, les résultats obtenus démontrent que les adolescents acnéiques sont plus stressés que ceux non atteints d'acné. Toutefois, ils ne se différencient pas de ceux-ci sur les variables de détresse et de facteurs protecteurs. L'absence de résultats significatifs sur ces deux dernières variables peut être perçue positivement dans la mesure où l'acné ne semble ni affecter l'estime de soi, ni occasionner une plus grande anxiété physico-sociale chez les adolescents qui en sont atteints. La seconde hypothèse suggérait que comparativement à l'ensemble des garçons à l'étude, les filles expérimentent plus de tracasseries et les jugent plus embarrassantes, vivent

d'avantage d'anxiété physico-sociale, présentent une plus faible estime d'elles-mêmes, utilisent des stratégies d'adaptation plus diversifiées et ont davantage recours au *coping* social. Or, conformément aux résultats observés à travers la littérature, notre étude démontre que les filles vivent plus d'anxiété physico-sociale que les garçons. Toutefois, elles présentent un profil similaire à ces derniers sur les variables de stress et de facteurs protecteurs, ce qui est assez surprenant. Il serait souhaitable lors de recherches futures de contrôler dans un premier temps les pôles d'androgynie chez les sujets à l'étude, afin de s'assurer que cette dimension ne puisse en aucun cas influencer les résultats obtenus. La troisième hypothèse énonçait que pour les groupes clinique et contrôle, le stress entretient une relation positive avec la détresse et que ces deux variables sont négativement reliées avec les facteurs protecteurs. Or, le lien stress-détresse fut effectivement démontré pour les deux groupes, tant au niveau de la fréquence des tracas quotidiens que de leur intensité et de plus, pour le groupe clinique, les indices de stress et de détresse entretiennent une relation significative et négative avec l'estime de soi. Les analyses corrélationnelles permettent également de constater que la relation entre la fréquence et l'intensité des tracas est très élevée et ce pour les groupes clinique et contrôle. Cette corrélation soulève une question controversée, précédemment exposée par Dumont et Provost (1997), à savoir si ces deux mesures de stress ne devraient pas être considérées comme équivalentes et que par conséquent, seul un des deux scores devrait être utilisé. Or, malheureusement, le nombre de sujets de la présente étude ($N = 73$) n'est pas suffisamment élevé pour nous permettre de prendre position avec certitude quant à cette question. Enfin, la quatrième hypothèse proposait que l'estime de soi et le *coping* social jouent le rôle de facteurs protecteurs dans

la relation stress-détresse, ceci pour l'ensemble des sujets. Les résultats obtenus n'ont pu confirmer cette hypothèse, probablement en raison du nombre insuffisant de sujets. Rappelons que cette hypothèse s'avérait plutôt innovatrice dans la recherche sur le stress. En effet, bien qu'il ait été mentionné qu'une bonne estime de soi puisse protéger l'individu des effets nocifs du stress (Garmezy, 1985; Rutter, 1987), étonnamment, ce lien avait peu été étudié empiriquement. Par ailleurs, les analyses statistiques relatives à cette dernière hypothèse de travail ont permis de dégager deux résultats intéressants: Peu importe la quantité de stress vécu, les adolescents ayant une bonne estime d'eux-mêmes vivent moins d'anxiété que ceux ayant une faible estime d'eux-mêmes, résultat reflétant le rôle protecteur potentiel de l'estime de soi. De plus, peu importe la fréquence d'utilisation des relations sociales, les adolescents peu stressés vivent moins d'anxiété que ceux plus stressés, résultat confirmant le lien stress-détresse.

La présente recherche s'insérait dans le cadre de la problématique stress-détresse. Sa pertinence résidait tant dans son aspect innovateur que dans l'importance de la problématique choisie. Et bien que certains des résultats obtenus ne soient pas conformes à nos attentes, l'incontournable lien entre l'acné et le stress chez les adolescents fut clairement mis en évidence. Il s'avère donc justifié de poursuivre la recherche sur ce sujet, nombre d'aspects relatifs à ce phénomène demeurant encore dans l'ombre. Il serait aussi intéressant d'étudier d'autres problématiques typiques des jeunes telles la consommation

de drogue, les maux de tête, les troubles alimentaires, lesquelles, à l'instar de l'acné, sont susceptibles d'être des manifestations de stress déguisé.

En regard de la littérature scientifique, il semble que l'acné soit toujours un sujet tabou pour de nombreux jeunes, la gêne les empêchant de poser des questions sur leur problème de peau ou d'en parler allègrement, ce qui en retour risque d'aggraver la maladie, puisque plus le traitement est retardé, plus l'acné est susceptible de prendre de l'ampleur et d'entraîner conséquemment du stress et de l'embarras chez celui qui en souffre. Il apparaît donc essentiel de briser l'isolement chez les adolescents qui en sont victimes. Or, l'intervention des parents, de même que celle des responsables de la promotion de la santé au sein des écoles s'avère d'importance capitale afin d'aider le jeune à prendre en main son problème de peau. À titre d'exemple, les États-Unis ont mis sur pied un groupe de support (le « Acne Group Support ») incitant les individus aux prises avec des problèmes d'acné à venir chercher de l'aide et des conseils. L'information sur la nature de l'acné et sur les ressources médicales et psychologiques disponibles peuvent réellement aider le jeune à faire face à sa maladie. En somme, l'acné constitue une source de nuisance chez celui ou celle qui en est atteint et les recherches ultérieures devraient mettre l'accent sur les facteurs pouvant aider à y faire face.

Références

Ader, R., (1981). *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press.

Albaret, M-C. (1995). Le coping dans la psychologie du développement. *Archives de psychologie*, 63, 205-224.

Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New York: Guilford Press.

Appleton, P. L., Minchom, P. E., Ellis, N. C., Elliott, C. E., Böll, V., & Jones, P. (1994). The self-concept of young children with spina-bifida: A population based study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 36, 198-215.

Association des Dermatologistes du Québec. (1996). *Votre Guide pour comprendre l'acné*. Montréal.

Bahamdan, K., Mahfouz, A. A. R., Tallab, T., Badawi, I. A., & Al-Amari, O. M. (1996). Skin disease among adolescent boys in Abha, Saudi Arabia. *International Journal of Dermatology*, 35(6), 405-407.

Berg, C.A. (1989). Knowledge of strategies for dealing with everyday day problems from childhood through adolescence. *Development Psychology*, 25(4), 607-618.

Bettschart, W., Nunez, R., Bolognini, M., & Plancherel, B. (1994). L'estime de soi à la pré-adolescence: Une étude longitudinale. *Nervure*, VII(7), 23-25.

Billings, A., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.

Bird, G. W., & Harris, R. L. (1990). A comparison of role strain and coping strategies by gender and family structure among early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 10(2), 141-158.

Bobo, J. N., Gilchrist, L. D., Elmer, J. F., Snow, W. H., & Schinke, S. P. (1986). Hassles, role strains, and peer relations in young adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 6(4), 339-352.

- Bolognini, M., Plancherel, B., Dumont, M., Bettschart, W., & Halfon, O. (1995, Septembre). *Daily Hassles and Mental Health in Early Adolescence*. Poster présenté au Congrès International de la Société Européenne de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Utrech.
- Bolognini, M., Plancherel, B., Nunez, R., & Bettschart, W. (1992). Milieu de vie et personnalité. Quels sont les facteurs qui protègent les pré-adolescents du stress? *Revue suisse de sociologie*, 2, 339-361.
- Bolognini, M., Plancherel, B., Nunez, R., & Bettschart, W. (1994). *Préadolescence: Théorie, recherche et clinique*. Paris: ESF.
- Bosma, H., & Jackson, S. (1980). *Coping and self-concept in adolescent*. Berlin: Springer.
- Bosma, H., & Jackson, S. (1990). *Coping and Self in Adolescence*. Berlin: Springer.
- Brooks-Gunn, J., & Warren, M. (1988). The psychological significance of secondary sex characteristics in 9- to 11- year old girls. *Child Development*, 59, 1061-1069.
- Burke, R. J., & Weir, T. (1978). Benefits to adolescents of informal helping relationships with their parents and peers. *Psychological Reports*, 42, 1175-1184.
- Bush, D. M., & Simmons, R. G. (1987). Gender and coping with the entry into early adolescence. In R. C. Barnett, L. Biener, & G. K. Baruch (Éds), *Gender and stress* (pp. 185-218). New York: Free Press.
- Chan, D. W. (1995). Depressive symptoms and coping strategies among chinese adolescents in Hong Kong. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(3), 267-279.
- Chubb, N. H., Fertman, C. I., & Ross, J. L. (1997). Adolescent self-esteem and locus of control: A longitudinal study of gender and age difference. *Adolescence*, 32(125), 113-129.
- Cloutier, R., & Renaud, A. (1990). *Psychologie de l'enfant*. Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during chidhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101(3), 393-403.

- Compas, B. E., Howell, D. C., Phares, V., Williams, R. A., & Giunta, C. T. (1989). Risk factors for emotional and behavioral problems in young adolescents: A prospective analysis of adolescent and parental stress and symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(6), 732-740.
- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 405-411.
- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedent of Self-Esteem*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Copeland, E. P., & Hess, R. S. (1995). Differences in young adolescents' coping strategies based on gender and ethnicity. *Journal of Early Adolescence, 15*(2), 203-219.
- Crockett, L. C., & Petersen, A. C. (1987). Pubertal status and psychological development: findings from the early adolescence study. In R. M. Lerner & T. T. Foch (Éds). *Biological and psychosocial interactions in early adolescence*, (pp. 173-188). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cunliffe, W. J. (1989). *Acne*. London: Martin Dunitz.
- DeLongis, A., Coyne, J. C., Dakof, G., & Lazarus, R. S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology, 1*(2), 119-136.
- DeLongis, A., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(3), 486-495.
- Dion, K. L., Dion, K. K., & Keelan, J. P. (1990). Appearance anxiety as a dimension of social-evaluative anxiety: Exploring the ugly duckling syndrome. *Contemporary Social Psychology, 14*, 220-224.
- Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1981). Life stress and psychopathology. In D.A. Regier & G. Allen (Éds), *Risk Factor Research in the Major Mental Disorders* (pp. 1-27). Washington D.C.: Government Printing Office.
- Dolto, F. (1988). *La cause des adolescents*. Paris: R. Laffont.
- Downs, A. C. (1990). Perceptions of physical appearance and adolescents' social alienation. *Psychological Reports, 67*, 1305-1306.

- Dubois, D. L., Felner, R. D., Brand, S., Adan, A., & Evans, E. G. (1992). A prospective study of life stress, social support, and adaptation in early adolescence. *Child Development*, 63, 542-557.
- Dubois, D. L., Felner, R. D., Meares, H., & Krier, M. (1994). Prospective investigation of the effects of socioeconomic disadvantage, life stress, and social support on early adolescent adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(3), 511-522.
- Dumont, M. (1997a). *Tracas quotidiens, dépression, stratégies d'adaptation et soutien social: différences sexuelles à l'adolescence*. Soumis pour publication.
- Dumont, M. (1997b). *Stress des jeunes et facteurs de protection: différences de sexe et de niveaux académiques*. Conférence présentée à l'Académie des Estacades, 27 août.
- Dumont, M., & Provost, M. (1997). *The protective role of social support, coping strategies, self-esteem and social activities for adolescents' level of stress and depression*. Soumis pour publication.
- Dumont, M., Plancherel, B., Bolognini, M., Halfon, O., Bettschart, W. (1996, Août). *Daily hassles in early adolescence: differences according to gender*. Poster présenté à la Conférence XIV Biennal ISSBD, Québec.
- Dumont, M., Tarabulsky, G. M., Gagnon, J., Tessier, R., & Provost, M. (1998). Validation francophone d'un inventaire de micro-stresseurs de la vie quotidienne: combinaison du Daily Hassles et du Uplift Scale. *Journal international de psychologie*, 33, 1, 57-71.
- Ebata, A. T., & Moos, R. (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12, 33-54.
- Ebata, A. T., Petersen, A., & Conger, J. (1990). The development of psychopathology in adolescence. In J. E. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. H. Neuchterlin & S. Weintraub (Éds), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp.308-333). New York: Cambridge University Press.
- Eccles, J. S., Wigfield, A., Flanagan, C. A., Miller, C., Reuman, D. A., & Yee, D. (1989). Self-concepts, domain values, and self-esteem: relations and changes at early adolescence. *Journal of Personality*, 57, 283-310.
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025-1034.
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the life circle: Selected papers. *Psychological Issues*, 1, 1-171.

- Erikson, E. H. (1972). *Adolescence et crise: La quête de l'identité*. Paris: Flammarion.
- Fabian, L. J., & Thompson, J. K. (1989). Body image and eating disturbance in young females. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 63-74.
- Faust, M. S. (1983). Alternative construction of adolescent growth. In J. Brooks-Gunn & A.C. Petersen (Éds), *Girls at puberty: biological and psychological perspectives*. New York, Plenum.
- Forsythe, C. J., & Compas, B. E. (1987). Interaction of cognitive appraisals of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive Therapy and Research*, 11,(4), 453-458.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1991). Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope. *Journal of Adolescence*, 14, 119-133.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1996). A replication study of the structure of the adolescent coping scale: Multiple forms and applications of a self-report inventory in a counselling and research context. *European Journal of Psychological Assessment*, 12(3), 224-235.
- Garmezy, N. (1983). Stressors of childhood. In N. Garmezy & M. Rutter (Éds), *Stress, Coping and Development in Children*, (pp. 43-84). Minneapolis: McGraw-Hill.
- Garmezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. In J. E. Stevenson (Éd.), *Recent research in developmental psychopathology* (pp. 213-233). Oxford: Pergamon Press.
- Girard, M. (1995, Décembre). Acné. *La Santé des Femmes*, pp. 69-72.
- Glyshaw, K., Cohen, L., & Towbes, L. (1989). Coping strategies and psychological distress: Prospective analysis of early and middle adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 17, 607-623.
- Goodyer, I., Kolvin, I., & Gatzanis, S. (1985). Recent undesirable life events and psychiatric disorders of childhood and adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 47, 512-523.
- Grant, C. L., & Fodor, I.G. (1986). Adolescents attitudes toward body image and anorexic behavior. *Adolescence*, 21, 269-281.
- Gray, S.H. (1977). Social aspects of body-image: Perception of normalcy of weight and affect of college undergraduates. *Perceptual and Motor Skills*, 45, 1035-1040.

- Guilford, J. P. (1965). *Fundamental statistics in psychology and education*. New York: McGraw-Hill.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K., Ellis, C. N. & Voorhees, J. J. (1992). Bulimia nervosa and acne may be related: A case report. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 58-61.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K., Schork, N. J., Ellis, C. N. & Voorhees, J. J. (1990). Psychiatric aspects of the treatment of mild to moderate facial acne. Some preliminary observations. *International Journal of Dermatology*, 29(10), 719-721.
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its Psychology and its Relation to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion, and Education* (Vols. 1, 2). New York: Appleton.
- Ham, M., & Larson (1990). The cognitive moderation of daily stress in early adolescence. *American Journal of Community Psychology*, 18(4), 567-583.
- Hart, E. A., Leary, M. R., & Rejesky, W. J. (1989). The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 11, 94-104.
- Harter, S. (1985). *Manual for the Self-Perception Profile for Children*. University of Denver.
- Harter, S. (1986). Processes underlying the construction, maintenance, and the enhancement of the self-concept in children. In J. Suls, & A. G. Greenwald, (Éds), *Psychological Perspective of the Self* (Vol. 3). Erlbaum: Hillsdale.
- Harter, S. (1988). *Manual for the Self-perception Profile for Adolescents*. University of Denver.
- Harter, S. (1990). Causes, correlates, and the functional role of global self-worth: a life-span perspective. In R. J. Sternberg & J. Kolligan (Éds), *Competence considered* (pp.67-97). New Haven, CT: Yale University Press.
- Hasting, T. L., Anderson, S. J., & Kelly, M. L. (1996). Gender differences in coping and daily stress in conduct-disordered and non-conduct disordered adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 18(3), 213-226.
- Herman-Stahl, M. A., Stemmler, M., & Petersen, A. C. (1995). Approach and avoidant coping: implications for adolescent mental health. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(6), 649-665.

- Hoffman, M. A., Levy-Shiff, R., & Malinski, D. (1996). Stress and adjustment in the transition to adolescence: Moderating effects of neuroticism and extroversion. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(2), 161-175.
- Hoffman, M. A., Ushpiz, V., & Levy-Shiff, R. (1988). Social support and self-esteem in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 17(4), 307-316.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Psychosomatic Medicine*, 11, 213-218.
- Iron, J. C., Coon, R. C., & Blanchard-Fields, F. (1988). The influence of divorce on coping in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 17(2), 135-145.
- Jackaway Freedman, R. (1984). Reflections on beauty as it relates to health in adolescent females. *Health Care of the Female Adolescent*, 12, 29-45.
- Kalafatic, A. (1975). Adolescence, a separate stage of life. *Approches to the Care of Adolescents*. New York: Appleton.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R.S. (1981). Comparisons of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Kanner, A. D., Feldman, S. S., Weinberger, D. A., & Ford, M. E. (1987). Uplifts, hassles and adaptional outcomes in early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 7(4), 371-394.
- Kavsek, M. J., & Seiffge-Krenke, I. (1996). The differentiation of coping traits in adolescence. *International Journal of Behavioral development*, 19(3), 651-668.
- Keelan, J. P., Dion, K. K., & Dion, K. L. (1992). Correlates of appearance anxiety in late adolescence and early adulthood among young women. *Journal of adolescence*, 15(2), 193-205.
- Kenyon, F. E. (1966). Psychosomatic aspects of acne. *British Journal of Dermatology*, 78, 344-351.
- Koblenzer, C. S. (1987). Further applications of psychosomatic principles in dermatology. In *Psychocutaneous Disease* (pp. 311-319). Orlando: Grune & Stratton.
- Koff, E., Rierdan, J., & Stubbs, M. L. (1990). Gender, body image, and self-concept in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 10, 56-68.

- Krowchuk, M. D., Stancin, T., Keskinene, R., Walker, R., Bass, J., & Anglin, T. M. (1991). The psychosocial effects of acne on adolescents. *Pediatric Dermatology*, 8(4), 332-338.
- Kurdek, L. A. (1987). Gender differences in the psychological symptomatology and coping strategies of young adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 7, 395-410.
- Landreville, P., & Vezina, J. (1992). A comparison between daily hassles and major life events as correlates of well-being in older adults. *Canadian Journal of Aging*, 11(2), 137-149.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping*. New York: McGraw-Hill
- Lazarus, R. S. (1984). Puzzles in the study of daily hassles. *Journal of Behavioral Medicine*, 7(4), 375-389.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New-York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1991). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer-Verlag.
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In L. A. Pervin & M. Lewis (Éds), *Perspectives in Interactive Psychology* (pp.287-321). New York: Plenum.
- Lewis, C., Siegel, J. M., & Lewis, M. A. (1984). Feeling bad: Exploring sources of distress among preadolescent children. *American Journal of Public Health*, 113-122.
- Lintunen, T., Leskinen, E., Oinonen, M., Salinto, M., & Rahkila, P. (1995). Change, reliability, and stability in the self-perceptions in early adolescence: A four-year follow-up study. *International Journal of Behavioral Development*, 18(2), 351-364.
- Lorenz, T., Graham, D., & Wolf, S. (1953). The relation of life stress and emotions to human sebum secretion and the mechanism of acne vulgaris. *Journal of laboratory and clinical dermatology*, 41, 11-28.
- Mantzicopoulos, P. (1990). Coping with school failure: characteristics of students employing successful and unsuccessful coping strategies. *Psychology in the Schools*, 27, 138-143.
- Marsh, H. W. (1988). *Manual for the Self-Description Questionnaire-I*. University of Western Sydney.

- Marsh, H. W. (1989). Age and sex effects in multiple dimensions of self-concept: preadolescence to early adulthood. *Journal of Educational Psychology*, 81, 417-430.
- Marsh, H. W. (1990). *Manual for the Self Description Questionnaire II*. University of Western Sydney.
- Marsh, H. W., Parker, J., & Barnes, J. (1985). Multidimensional adolescent self-concepts: Their relationship to age, sex and academic measures. *American Educational Research Council*, 22, 422-444.
- Martin, S., Housley, K., McCoy, H., & Greenhouse, P. (1988). Self-esteem of adolescent girls as related to weight. *Perceptual Motor Skills*, 67, 879-884.
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. (1981). *Systematic assessment of family stress, resources, and coping: Tools for research, education, and clinical intervention*. St-Paul: University of Minnesota Press.
- Medansky, R. S., Handler, M. R., & Lynn, D. (1981). Self-evaluation of acne and emotion: A pilot study. *Psychosomatics*, 22, 379-383.
- Mendelson, B., & White, R. (1982). Relation between body-esteem of obese and normal children. *Perceptual Motor Skills*, 61, 899-905.
- Meyer, R. J., & Haggerty, R. J. (1962). Streptococcal infection families: Factors altering individual susceptibility. *Pediatrics*, 4, 539-549.
- Miller, S. M., & Green, M. L. (1984). Coping with stress and frustrations: Origins, nature and development. In M. Lewis & C. Saarni (Éds), *The socialization of emotions* (pp. 219-227). New York: Plenum.
- Miller, T. M., Linke, J. G., & Linke, R. A. (1980). Survey on body image, weight and diet of college students. *Journal of American Dietetic Association*, 77, 561-566.
- Mintz, L. B., & Betz, N. E. (1988). Prevalence and correlates of eating disordered behaviors among undergraduate women. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 463-471.
- Nigro, G. (1996). Coping strategies and anxiety in italian adolescents. *Psychological Reports*, 79, 835-839.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443.

- Nunez, R., Plancherel, B., Bolognini, M., & Bettschart, W. (1992). Mental health, stress and protective factors in early adolescence: Longitudinal study over 3 years. *Medicine and Mind*, 7(1, 2), 37-62.
- Ogundari, J. T. (1985). Somatic deviations in adolescence: Reactions and adjustments. *Adolescence*, 20, 179-183.
- Padin, M. A., Lerner, R. M. & Spiro, A. (1981). Stability of body attitudes and self-esteem in late adolescents. *Adolescence*, 16(62), 371-384.
- Patterson, J. M., & McCubbin, H. I. (1983). *A-Cope: Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences (research instrument)*. University of Wisconsin.
- Patterson, J. M., & McCubbin, H. I. (1987). Adolescent coping style and behaviors: Conceptualization and treatment. *Journal of Adolescence*, 10, 163-186.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Petersen, A. C. (1987). The nature of biological-psychosocial interactions: The sample case of early adolescence. In R. M. Lerner & T. T. Foch (Éds), *Biological-Psychosocial Interactions in Early Adolescence: A Life-Span Perspective*. Erlbaum: Hillsdale.
- Petersen, A. C., & Ebata, A. (1987). Developmental transitions and adolescent problem behavior: Implication for prevention and intervention. In Hurrelman, K., Kaufmann & F. Losel (Éds), *Social Intervention: Potential and Constraints*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Petersen, A. C., & Taylor, B. (1980). The biological approach to adolescence. In J. Adelson (Éd.), *Handbook of adolescent psychology* (pp.115-155). New York: Wiley.
- Petersen, A. C., Kennedy, R. E., & Sullivan, P. (1991). Coping with adolescence. In Colten, M. E., & Gore, S. (Éds), *Adolescent Stress: Causes and Consequences*. New York: Aldine de Gruyter.
- Petersen, A. C., Sarigiani, P. A., & Kennedy, R. E. (1991). Adolescent depression: Why more girls? *Journal of Youth and Adolescence*, 20(2), 247-271.
- Piaget, J. (1964). *Six études de psychologie*. Paris: Denöel.
- Pillsbury, D. M., Shelley, W. B., & Kligman, A. M. (1956). *Dermatology*. Philadelphia: W. B. Saunders.

- Plancherel, B., & Bolognini, M. (1995). Coping and mental health in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 18, 459-474.
- Plancherel, B., Bettschart, W., Bolognini, M., Dumont, M., & Halfon, O. (1997). Influence comparée des événements existentiels et des tracasseries quotidiennes sur la santé psychique à la pré-adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 45(3), 126-138.
- Plancherel, B., Bolognini, M., & Nunez, R. (1994). L'hypothèse de l'effet buffer à la pré-adolescence. In M. Bolognini, B. Plancherel, R. Nunez & W. Bettschart (Éds), *Préadolescence: théorie, recherche et clinique* (pp. 159-172). Paris: ESF.
- Plancherel, B., Bolognini, M., Nunez, R., & Bettschart, W. (1993). Comment les pré-adolescents font-ils face aux difficultés? Présentation d'une version française du questionnaire A-Cope. *Revue Suisse de Psychologie*, 52(1), 31-43.
- Plancherel, B., Nunez, R., Bolognini, M., Leidi, C., & Bettschart, W. (1992). L'évaluation des événements existentiels comme prédicteurs de la santé psychique à la pré-adolescence. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 42(3), 229-239.
- Pope, A. W., McHale, S. M., & Craighead, W. E. (1988). *Self-Esteem Enhancement with Children and Adolescents*. Oxford: Pergamon Press.
- Poyner, Y. (1997, Mai). Treatment of acne. *Nursing Times*, pp. 175-176.
- Reich, W.P., Parrella, D.P., & Filstead, W. J. (1988). Unconfounding the hassles scale: external sources versus internal responses to stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 11(3), 239-249.
- Reinhard, H., & Ott, G. (1994). Stress scolaire et personnalité. In M. Bolognini, B. Plancherel, R. Nunez & W. Bettschart (Éds), *Préadolescence: théorie, recherche et clinique* (pp. 107-117). Paris: ESF.
- Ricard, P. (1995, 10 décembre). *Contre l'acné: l'ouverture d'esprit, le groupe, l'accent sur les compétences*. Montréal: La Presse.
- Rosenberg, F. R., & Simmons, R. G. (1975). Sex differences in the self-concept in adolescence. *Sex Roles*, 1, 147-159.

- Rowlison, R. T., & Felner, R. D. (1988). Major life events, hassles, and adaptation in adolescence: Confounding in the conceptualization and measurement of life stress and adjustment revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(3), 432-444.
- Rutter, M. (1987). Continuities and discontinuities from infancy. In J. Osofsky (Éd.), *Handbook of Infant Development* (2e éd.) (pp.1256-1296). New-York: Wiley.
- Rutter, M., & Standberg, S. (1992). Psychosocial stressors: Concepts, causes and effects. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1, 3-13.
- Seiffge-Krenke, I. (1990). Developmental processes in self-concept and coping behavior. In H. Bosma & S. Jackson (Éds), *Coping and self-concept in adolescence* (pp. 49-68). Berlin: Springer-Verlag.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, Coping, and relationship in Adolescence*. New-Jersey: Erlbaum.
- Seiffge-Krenke, I., & Shulman, S. (1990). Coping style in adolescence: A cross-cultural study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 21(3), 351-377.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Silberstein, L. R., Striegel-Moore, R. H., Timko, C. & Rodin, J. (1988). Behavioral and psychological implications of body dissatisfaction: Do men and women differ? *Sex Roles*, 19, 219-232.
- Simmons, R. G., & Rosenberg, F. (1975). Sex, sex roles and self-image. *Journal of Youth and Adolescence*, 4(3), 229-258.
- Simmons, R. G., Simmons, F., & Rosenberg, M. (1973). Disturbance in the self-image at adolescence. *American Sociology Review*, 38, 553-568.
- Spivack, G., & Shure, M. B. (1982). The cognition of social adjustment: Interpersonal cognitive problem-solving thinking. In B. Lahey & A. E. Kazdin (Éds), *Advances in clinical child psychology* (vol. 5). New York: Plenum.
- Swearingen, E. M., & Cohen, L. H. (1985). Life events and psychological distress: A prospective study of young adolescence. *Developmental Psychology*, 21, 1045-1054.

- Thoits, P. A. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. *Psychological Stress*, 33-103.
- Thoits, P.A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior(extra issue)*, 53-79.
- Thomas, V. G. (1989). Body-image satisfaction among black women. *Journal of Social Psychologie*, 129, 107-112.
- Tolor, A., & Fehon, D. (1987). Coping with stress: A study of male adolescents' coping Strategies as Related to adjustment. *Journal of personality and Social Psychology*, 57(1), 109-119.
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego Mechanisms of Defense*. Washington: American Psychiatric Press.
- Wagner, B. M., & Compas, B. E. (1990). Gender, instrumentality, and expressivity: moderators of the relation between stress and psychological symptoms during adolescence. *American Journal of Community Psychology*, 18(3), 383-403.
- Wagner, B. M., Compas, B. E., & Howell, D. C. (1988). Daily and major events: A test of an integrative model of psychosocial stress. *American Journal of Community Psychology*, 16(2), 189-205.
- Wagner, K. D. & Wagner, R. F. (1985). Impact of acne on sexuality. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 19,(6), 252-255.
- Walker, L. S., & Greene, J. W. (1986). The social context of adolescent self-esteem. *Journal of Youth and Adolescence*, 15(4), 315-322.
- Weekes, D. P. (1995). Adolescent growing up chronically ill: A life-span development view. *Family Community Health*, 17(4), 22-34.
- Wertlieb, D., Weigel, C., Springer, T., & Feldstein, M. (1987). Temperament as a moderator of children's stressful experiences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 234-245.
- Wheaton, B. (1985). Models for the stress-buffering functions of coping resources. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 352-364.
- Wills, T. (1986). Stress and coping in early adolescence: Relationships to substance use in urban school samples. *Health Psychology*, 5, 503-529.

Wylie, R. C. (1974). *The Self-Concept : A Review of Methodological Considerations and Measuring Instruments*. Nebraska: University of Nebraska Press.

Zarski, J. J. (1984). Hassles and health: A replication. *Health Psychology*, 3(3), 243-251.

Appendices

Appendice A

Trois-Rivières, le 1^{er} octobre 1996.

Objet: Mémoire de maîtrise en Psychologie à l'UQTR intitulé « Anxiété Physico-Sociale, Tracas Quotidiens et Facteurs Protectors chez des Adolescents Acnéiques ».

Par: Marjorie Laberge, étudiante au deuxième cycle à l'UQTR, sous la direction de Mme Michelle Dumont, Professeure au département de psychologie.

Monsieur,

Par la présente, j'aimerais solliciter votre collaboration à la réalisation d'un projet de recherche portant sur le stress que vivent les adolescents, particulièrement ceux atteints d'acné. Comme vous le savez, l'adolescence est une période de la vie au cours de laquelle de nombreux changements physiques, cognitifs et socio-affectifs surviennent. Pour certains jeunes, ces changements représentent une source stimulante de croissance, alors que pour d'autres, ils sont plutôt source de nuisance à leur bien-être. Or, c'est précisément à l'adolescence que les jeunes sont le plus vulnérable à l'acné, trouble dermatologique dont 80% sont atteints. Il s'avère donc important de s'attarder aux difficultés psychologiques que peut entraîner l'acné à cette période de la vie. Par ailleurs, en identifiant les ressources personnelles qu'utilisent les jeunes soumis à un niveau élevé de stress et leur permettant d'y faire face avec succès, nous pourrions ainsi accroître nos connaissances sur la résistance de ceux-ci. Voilà donc l'objet du présent projet.

Afin de réaliser cette étude, des élèves de secondaire I à IV seront évalués. Ils devront répondre à cinq questionnaires portant respectivement sur les données socio-démographiques, l'estime de soi, l'anxiété, les tracas quotidiens et la capacité de faire face aux difficultés en général. Les résultats de cette étude permettront entre autres d'observer si le stress est vécu de la même façon chez les filles que chez les garçons. De plus, les conclusions dégagées pourront nous informer davantage sur les ressources personnelles les plus efficaces en situation de stress et ceci selon le sexe du jeune. Notez que les résultats vous seront ultérieurement transmis sous forme d'un long résumé.

Afin de préciser ma demande de collaboration, vous trouverez ci-joint un résumé des considérations pratiques reliées à la réalisation de ce projet. Sous peu, je vous contacterai afin d'envisager une rencontre. Sachez que ce projet a été approuvé par le comité d'évaluation des mémoires de l'UQTR.

En vous remerciant d'avance pour la considération que vous portez à l'égard de mon projet, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Marjorie Laberge

p.j.: Considérations pratiques du projet de recherche

Considérations pratiques du projet de recherche

Collecte des données: Une période de collecte des données a été prévue à l'automne 1996 (date à convenir). La réalisation de cette recherche nécessitera environ 25 élèves de secondaire I (une classe), 50 élèves de secondaire II, 50 élèves de secondaire III ainsi que 25 élèves de secondaire IV. La passation des questionnaires se réalisera au cours d'une période de 60 minutes.

Collaboration avec les enseignants: Une rencontre avec les enseignants concernés par cette étude sera à prévoir afin de présenter le projet et de régler les modalités de collecte des données, notamment, celle de l'horaire. Notez que l'enseignant n'aura aucun souci à se faire, puisque je me chargerai de présenter le projet aux élèves, de leur distribuer des lettres de consentement à remettre à leurs parents, de récupérer ces lettres à l'aide d'une boîte disposée dans la classe à cette fin et d'administrer les questionnaires aux élèves. Lors de cette passation, l'enseignant aura le choix d'assister à la séance ou de s'absenter.

Autorisation de participation du jeune: Un étudiant participera à ce projet à la condition qu'il ait donné son autorisation et qu'un parent, en tant que responsable de la famille, en ait fait autant.

Confidentialité des réponses: Les informations recueillies seront strictement confidentielles, c.-à.-d. que les réponses ne seront pas divulguées à quiconque. De plus, les réponses seront chiffrées et traitées sous forme de résultats de groupe.

Marjorie Laberge
UQTR

Appendice B**FICHE D'IDENTIFICATION DE L'ENFANT: ÉTABLISSEMENT DU
DIAGNOSTIC****(à remplir par le dermatologue)**

Date: _____

Nom du dermatologue répondant: _____

Signature: _____

Code: _____

I) Nom de l'enfant: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

Âge: _____ Sexe: M _____ F _____

II) Type de lésions d'acné présentes chez l'enfant (ne cochez que le **type dominant):**

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. comédons ouverts ou fermés | <input type="checkbox"/> | 3. lésions kystiques | <input type="checkbox"/> |
| 2. papules ou pustules | <input type="checkbox"/> | 4. lésions nodulo-kystiques | <input type="checkbox"/> |

III) Évolution des lésions d'acné présentes chez l'enfant (ne cochez qu'une seule réponse**):**

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. extension légère | <input type="checkbox"/> | 3. extension localisée | <input type="checkbox"/> |
| 2. extension modérée | <input type="checkbox"/> | 4. extension généralisée | <input type="checkbox"/> |

IV) En tenant compte du type (**question II**) et de l'extension des lésions d'acné présentes chez l'enfant (**question III**), veuillez établir le degré de sévérité de la maladie du sujet selon l'échelle suivante (cochez):

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| 1- peu sévère | <input type="checkbox"/> | 3- sévèrement atteint | <input type="checkbox"/> |
| 2- modérément sévère | <input type="checkbox"/> | 4- parmi les patients les plus atteints | <input type="checkbox"/> |

V) Depuis quand le traitement a-t-il été entamé (date)? _____

VI) Depuis quand les troubles ont-ils commencé? _____

VII) Impressions cliniques par rapport au pronostic de guérison (à l'intérieur des 6 prochains mois):

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1. succès total du traitement | <input type="checkbox"/> | 3. succès moyen | <input type="checkbox"/> |
| 2. succès presque total | <input type="checkbox"/> | 4. légère amélioration | <input type="checkbox"/> |

Merci de votre précieuse collaboration!

Marjorie Laberge/1996

*questionnaire inspiré de Pillsbury, Shelley & Kligman (1956).

Appendice C

QUESTIONNAIRE DES RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

INSTRUCTIONS:

Le présent questionnaire porte sur des renseignements généraux. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Veuillez donc répondre le plus spontanément et honnêtement possible à toutes les questions. Toutes vos réponses seront gardées confidentielles et en aucun cas elles ne seront divulguées à vos camarades, vos parents, votre professeur ou votre dermatologue s'il y a lieu.

I-	Code: _____	Sexe: _____	Date de naissance: _____
	Âge: _____	Degré de scolarité: _____	
	Ecole: _____		

II- Encerclez la ou les réponses qui correspondent à votre situation:

1- Je suis de nationalité: a) canadienne b) autre (spécifiez): _____

2- Mes parents

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| a) vivent ensemble mariés | e) ma mère est décédée |
| b) vivent ensemble non mariés | f) mon père est décédé |
| c) sont séparés | g) autre situation (précisez): _____ |
| d) sont divorcés | |

3- Profession du père? _____ 4- Profession de la mère _____

5- J'habite la plupart du temps

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| a) avec mes parents | e) avec ma mère et son conjoint |
| b) avec mon père | f) chez un autre membre de la famille |
| c) avec ma mère | g) autre (précisez): _____ |
| d) avec mon père et sa conjointe | |

6- Présentez-vous actuellement un ou plusieurs des problèmes d'acné suivants:

- a) points noirs ou mycrokystes ou boutons à tête blanche
- b) kystes, pustules, nodules, boutons rouges et purulents
- c) aucun trouble d'acné

Si vous avez répondu **a ou b**, veuillez répondre à la **question 7**. Si vous n'avez pas d'acné (**réponse c**), passez immédiatement à l'**encadré**.

Encadré			
1- Avez-vous déjà eu un problème d'acné dans le passé?	oui	<input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
2- Si oui, aviez-vous à ce moment consulté un dermatologue?	oui	<input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
3- Si oui, quel âge aviez-vous au moment de la consultation? _____			

7-Depuis quand vos troubles d'acné se sont-ils manifestés?

- a) avant l'âge de 10 ans d) à 13 ans
- b) à 11 ans e) à 14 ans
- c) à 12 ans f) à 15 ans

8- Consultez-vous actuellement un dermatologue?

oui ☐ non ☐

Si vous avez répondu «**oui**», veuillez répondre à la question 9.

9- Depuis quand consultez-vous un dermatologue?

- a) depuis moins d'un mois d) entre 1 an et deux ans
- b) entre un mois et six mois e) depuis deux ans et plus
- c) entre six mois et 12 mois

MERCI DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION!

Appendice D

Montréal, le 16 octobre 1996.

Projet de recherche dans la classe de votre enfant

Madame, Monsieur,

Par la présente, j'aimerais vous informer d'une étude qui se déroulera dans la classe de votre enfant. Ce projet porte sur le stress des jeunes. Comme vous le savez, le passage de l'enfance à l'adolescence est une période entraînant de nombreux changements pouvant perturber l'équilibre de vie du jeune adulte: changements physiques dus à la puberté, orientation scolaire, établissement de nouvelles relations avec les parents et les pairs, etc. Or, il s'avère pertinent d'identifier les difficultés psychologiques propres à la période de l'adolescence, afin d'intervenir optimalement auprès des jeunes. Par ailleurs, en identifiant les ressources personnelles qu'utilisent les jeunes soumis à un niveau élevé de stress, sans pourtant en être affectés, nous pourrions accroître nos connaissances sur la résistance de ceux-ci.

Concrètement, j'aimerais solliciter la participation de votre enfant à la présente étude. Sa tâche consisterait à compléter des questionnaires portant sur certains aspects de sa vie, à savoir le stress, ses manières d'y faire face, son estime de soi et son niveau d'anxiété en présence des autres. La passation des questionnaires se fera au cours d'une période de classe, sous ma supervision. Sachez que les réponses de votre enfant seront strictement confidentielles, c'est-à-dire qu'elles ne seront pas divulguées et qu'elles seront chiffrées. Afin de remercier votre enfant de sa précieuse collaboration, je ferai tiré des billets de cinéma parmi les participants. Si vous êtes d'accord à ce que votre enfant participe à ce projet, veuillez, s'il vous plaît, signer le formulaire de consentement ci-joint et le remettre à votre enfant afin qu'il le dépose dans la boîte aux lettres de sa classe disposée à cette fin.

En vous remerciant d'avance de votre collaboration, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Marjorie Laberge,
Étudiante à la maîtrise en psychologie à l'UQTR.

Formulaire de consentement: Le stress des jeunes
--

Je, soussigné-e, **(prénom et nom de l'enfant en caractère d'imprimerie)**
_____ reconnais avoir été suffisamment informé(e) du projet de recherche sur le stress des jeunes et comprends ce que cette participation implique pour moi. En toute connaissance et en toute liberté, j'accepte d'y participer et j'autorise la responsable à utiliser les résultats de ma participation selon les informations qu'elles m'a fournies. Je sais que je peux me retirer de cette étude en tout temps, sans obligation de ma part et que les informations seront traitées de façon confidentielle, c'est-à-dire que mes réponses ne seront pas divulguées et qu'elles seront chiffrées.

Signature de l'enfant

Date

Signature du parent répondant

Date

Je, Marjorie Laberge, en tant que responsable de la recherche, m'engage à mener cette recherche selon les dispositions acceptées par le Comité d'évaluation des mémoires de recherches de l'Université du Québec à Trois-Rivières, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des sujets tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Avec mes remerciements chaleureux!

SVP, remettre cette lettre à votre enfant

Marjorie Laberge

Appendice E

Code: _____ Sexe: _____ Date de naissance: _____

Échelle d'Anxiété Physico-Sociale

Instructions:

- Lis chacun des énoncés ci-dessous;
- Pour chaque énoncé, indique selon l'échelle suivante, le chiffre correspondant au degré qui te caractérise le plus:

1= Jamais

4= Souvent

2= Presque jamais

5= La plupart du temps

3= Parfois
- Encerle une seule réponse pour chaque énoncé;
- Assure-toi que tu n'en as pas oublié aucun!

Énoncés	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	La plupart du temps
1-Je suis à l'aise par rapport à mon apparence physique	1	2	3	4	5
2-Je ne me créerais jamais de soucis quant au port de vêtements qui pourraient me faire paraître trop gros (se) ou trop maigre.	1	2	3	4	5
3-Je souhaiterais ne pas me soucier autant de mon apparence physique	1	2	3	4	5

Énoncés	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	La plupart du temps
4-Il m'arrive parfois d'être perturbé(e) en imaginant que d'autres gens jugent négativement mon poids ou mon développement musculaire.	1	2	3	4	5
5- Lorsque je me regarde dans le miroir, je me sens bien en voyant mon physique.	1	2	3	4	5
6-Les caractéristiques non attrayantes de mon physique me rendent anxieux (se) lors de certaines situations sociales.	1	2	3	4	5
7-En présence des autres, je m'inquiète de l'apparence de mon physique.	1	2	3	4	5
8-Je suis à l'aise par rapport à l'image que les autres perçoivent de mon corps.	1	2	3	4	5
9-Cela me rendrait inconfortable de savoir que les autres jugent mon physique.	1	2	3	4	5
10-Lorsque je dois exposer mon physique aux autres, je me sens gêné(e).	1	2	3	4	5
11-Je me sens habituellement à l'aise lorsqu'il est évident que les autres observent mon physique	1	2	3	4	5
12- Lorsque je suis en maillot de bain, je me sens souvent nerveux (se) en raison de l'apparence de mon corps.	1	2	3	4	5

Laberge, Marjorie (1996). Traduction libre du Social Physique Anxiety Scale de Hart, E. A., Leary, M. R. et Rejesky, W. J. (1989).

Échelle d'Apparence Physique

Instructions:

- Lis chacun des énoncés ci-dessous;
- Pour chaque énoncé, indique le chiffre correspondant le plus à ta situation selon l'échelle suivante:

1= Faux 4= Plus vrai que faux
 2= Plutôt faux 5= Plutôt vrai
 3= Plus faux que vrai 6= Vrai

- Encerle une seule réponse pour chaque énoncé;
- Assure-toi que tu n'en as pas oublié aucun.

Énoncés	Faux	Plutôt faux	Plus faux que vrai	Plus vrai que faux	Plutôt vrai	Vrai
1-Personne ne trouve que je suis beau/belle.	1	2	3	4	5	6
2-J'ai un visage plaisant à regarder.	1	2	3	4	5	6
3-La plupart de mes amis paraissent mieux que moi.	1	2	3	4	5	6
4-Je suis beau/belle.	1	2	3	4	5	6
5-Je déteste mon apparence physique.	1	2	3	4	5	6
6-Les autres trouvent que je suis beau/belle.	1	2	3	4	5	6
7-Je suis laid(e).	1	2	3	4	5	6
8-J'ai un corps qui paraît bien.	1	2	3	4	5	6

Laberge, Marjorie (1996). Traduction libre du « Physical Appearance Scale », dimension du Self Description Questionnaire-II de Marsh, H. W. (1989).

Appendice F

Trois-Rivières, le 2 septembre 1996

Objet: Mémoire de maîtrise de Marjorie Laberge concernant le stress vécu par les jeunes atteints d'acné.

Dr.,

Bonjour! Pour faire suite à notre rencontre concernant mon projet de recherche sur le stress des jeunes atteints d'acné, j'aimerais par la présente vous informer des modalités concernant notre collaboration. Tel que convenu, votre participation consistera, dans la mesure du possible, à:

- Remettre à des patients acnéiques (garçons et filles) âgés entre 13 et 16 ans un formulaire sollicitant leur participation à mon projet de maîtrise;
- Recueillir les formulaires de consentement de ces patients dûment signés par le parent répondant et par le jeune lui-même (je me chargerai de venir les chercher à votre bureau);
- Remplir, après l'approbation des familles à participer à mon étude, une fiche d'identification pour chaque sujet recueillant ses données nominatives, le type d'acné dont il est atteint et le degré de sévérité de la maladie.

En tant que responsable du projet, je m'engage à mener cette étude selon les dispositions acceptées par le Comité d'évaluation des mémoires de l'Université du Québec à Trois-Rivières, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des sujets tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Or, les réponses des sujets ne pourront vous être divulguées. Toutefois, notez qu'elles seront chiffrées et traitées sous forme de résultats de groupe à l'intérieur de mon mémoire de recherche, dont je me ferai un devoir et un plaisir de vous remettre une copie lorsque celui-ci sera terminé.

En vous remerciant de votre précieuse collaboration,

Veuillez agréer, Dr., l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Marjorie Laberge

Appendix A-3. Percentiles and *T* Scores: Females

Raw Score		Scale																				Raw Score		
		Physical Abilities		Physical Appearance		Opposite-Sex Relations		Same-Sex Relations		Parent Relations		Honesty-Trustworthiness		Emotional Stability		Math		Verbal		General School			General Self	
		%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	
8				2	30																			8
9				4	31					≤1	≤18													9
10				5	32	≤1	≤24			2	20					1	32							10
11	≤1	≤25		6	33	2	25			2	21					3	32							11
12	2	26		8	34	2	26			2	22					4	33							12
13	2	27		9	35	3	27			2	23					5	34							13
14	3	28		11	36	3	29			3	24			≤1	≤26	7	35							14
15	4	29		13	37	4	30			3	25			2	27	8	35							15
16	5	30		14	38	5	31			4	26			2	28	10	36	≤1	≤25					16
17	6	31		15	39	6	32			4	27			3	29	12	37	2	26	≤1	≤24			17
18	7	32		17	40	7	33			5	28			3	30	14	38	2	27	2	25	≤1	≤20	18
19	7	33		19	41	8	34			5	29			4	31	15	38	3	28	2	26	2	21	19
20	8	34		21	42	9	35			6	30	≤1	≤21	4	32	18	39	3	29	3	27	2	22	20
21	10	35		24	43	10	36			7	31	2	22	6	33	20	40	4	30	3	28	2	23	21
22	11	36		27	44	12	37			8	32	2	23	7	34	22	41	5	31	4	29	2	24	22
23	13	37		30	45	14	39			9	34	2	25	8	35	24	41	5	32	4	30	3	25	23
24	15	38		33	46	15	40			10	35	3	26	9	36	26	42	6	33	5	31	3	26	24
25	16	39		36	47	17	41			11	36	3	27	11	37	28	43	7	34	5	32	3	27	25
26	18	41		39	48	20	42			12	37	4	28	12	38	30	44	8	35	6	33	4	28	26
27	21	42		43	49	22	43			13	38	4	29	14	39	32	44	9	36	7	34	4	29	27
28	23	43		46	50	25	44			14	39	5	30	16	40	34	45	11	37	8	35	4	30	28
29	25	44		50	51	29	45	≤1	≤24	16	40	6	31	18	41	36	46	12	38	9	36	5	31	29
30	28	45		54	52	33	46	2	25	17	41	7	32	21	42	38	47	14	39	10	37	6	32	30
31	31	46		58	53	37	47	2	26	19	42	7	33	24	43	41	47	16	40	12	38	6	33	31
32	34	47		61	54	40	49	2	28	21	43	8	35	27	44	43	48	18	41	13	39	7	34	32
33	37	48		65	55	45	50	3	29	22	44	9	36	30	45	46	49	21	42	15	40	8	35	33
34	41	49		69	55	50	51	3	30	24	45	10	37	33	46	48	50	23	43	17	41	9	36	34
35	44	50		72	56	54	52	4	31	27	46	12	38	36	47	51	50	25	44	19	42	11	37	35
36	48	51		76	57	58	53	5	33	29	48	13	39	40	48	54	51	28	44	21	43	12	38	36
37	51	52		79	58	62	54	6	34	33	49	15	40	43	49	56	52	31	45	24	44	14	39	37

Note: *N* = 2,836.

Appendix A-2. Percentiles and *T* Scores: Males

Scale																							
Raw Score	Physical Abilities		Physical Appearance		Opposite-Sex Relations		Same-Sex Relations		Parent Relations		Honesty-Trustworthiness		Emotional Stability		Math		Verbal		General School		General Self		Raw Score
	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	
8																						8	
9					≤1	≤22																9	
10			≤1	≤25	2	23									≤1	≤29						10	
11			2	26	2	24									2	30						11	
12	≤1	≤20	2	27	2	25									3	30						12	
13	2	21	3	28	3	26			≤1	≤19					3	31						13	
14	2	22	4	29	3	27			2	20	≤1	≤25			4	32	≤1	≤27				14	
15	2	23	4	30	4	28			2	21	2	26			6	33	2	28	≤1	≤23		15	
16	3	24	5	31	4	29			2	22	3	27			7	33	2	29	2	24		16	
17	3	26	6	32	5	30			3	23	3	27			8	34	3	30	2	25		17	
18	3	27	7	33	6	32			3	25	3	28	≤1	≤26	9	35	3	31	2	26		18	
19	4	28	8	34	7	33			3	26	4	29	2	27	10	36	4	32	3	27		19	
20	4	29	9	35	8	34			4	27	4	30	2	28	12	37	5	33	3	28	≤1	≤20	
21	5	30	10	36	9	35			4	28	5	31	3	29	13	37	6	34	4	29	2	21	
22	6	31	12	37	10	36			5	29	6	32	4	30	15	38	7	35	4	30	2	22	
23	7	33	14	38	11	37			6	31	6	33	4	31	16	39	8	35	5	31	2	23	
24	8	34	16	39	12	38	≤1	≤24	7	32	7	34	5	32	17	40	9	36	6	32	2	24	
25	9	35	18	40	14	39	2	25	8	33	9	35	6	33	19	40	11	37	7	33	3	25	
26	11	36	20	41	16	40	2	26	8	34	10	36	7	34	21	41	13	38	8	34	3	26	
27	12	37	22	43	18	41	2	28	9	35	11	37	8	35	23	42	15	39	8	34	4	27	
28	14	38	25	44	20	42	3	29	11	37	12	37	9	36	25	43	17	40	9	35	4	28	
29	16	40	28	45	23	43	3	30	13	38	14	38	11	37	27	43	19	41	10	36	4	29	
30	17	41	31	46	26	44	4	31	14	39	16	39	12	38	30	44	22	42	12	37	5	30	
31	20	42	35	47	30	45	4	32	16	40	18	40	14	39	32	45	24	43	13	38	5	31	
32	22	43	38	48	33	47	5	34	18	41	20	41	16	40	34	46	27	44	15	39	6	32	
33	25	44	42	49	37	48	7	35	20	43	22	42	18	41	37	47	30	44	16	40	6	33	
34	28	45	46	50	41	49	8	36	22	44	24	43	20	42	39	47	32	45	18	41	7	34	
35	30	47	50	51	44	50	10	37	25	45	26	44	23	43	41	48	36	46	20	42	9	35	
36	33	48	53	52	48	51	12	38	28	46	28	45	26	44	44	49	39	47	23	43	10	36	
37	37	49	57	53	52	52	14	39	31	47	31	46	30	45	47	50	42	48	25	44	11	37	

Note: *N* = 2,658.